

Stress und Coping bei Paaren im Zusammenhang mit klinischen Störungen

**Barbara Gabriel
Emmen (LU)**

Dissertation zur Erlangung der Doktorwürden an der Philosophischen
Fakultät der Universität Freiburg (CH)

Genehmigt von der Philosophischen Fakultät auf Antrag der Professoren
Guy Bodenman und Meinrad Perrez.

Freiburg, den 19. Dezember 2007.
Prof. Jean-Michel Spieser, Dekan

Danksagung

An erster Stelle möchte ich meinem Doktorvater Prof. Guy Bodenmann für die engagierte und interessierte Betreuung danken. Er hatte immer ein offenes Ohr für meine Sorgen und Nöte. Weiter danke ich ihm auch für die erfahrene Förderung sowie die interessanten Arbeiten und Projekte, an denen ich während meiner Assistenzzeit teilhaben durfte, wodurch ich viele neue Erfahrungen und Erkenntnisse gewinnen konnte.

Einen weiteren großen Dank gebührt Elisabeth Rumo, sowohl für ihre nette und hilfsbereite emotionale wie auch instrumentelle Unterstützung während meiner Assistenzzeit.

Bei den unterschiedlichen Praktikantinnen, welche in den letzten Jahren am Familieninstitut gearbeitet hatten, möchte ich mich für die diversen Mitarbeiten sowie die Korrekturlesungen bedanken.

Thomas Ledermann und Peter Wilhelm verdanke ich viele interessante Gespräche bezüglich methodischer Auswertungen.

Den Paaren aus den verschiedenen Untersuchungen möchte ich ein großes Dankeschön aussprechen, da sie durch ihre Teilnahme die vorliegende Arbeit überhaupt erst ermöglicht haben.

Meiner Familie und meinen Freunden, welche mich in den letzten Jahren begleitet hatten, danke ich für das Verständnis und die Unterstützung. Dabei gebührt meinem Vater Bruno Gabriel wie auch Cécile Adam den größten Dank. Meiner Schwester Natalie Gabriel verdanke ich die letzten Korrekturlesungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer und empirischer Hintergrund	3
2.1	<i>Kindliche Verhaltensauffälligkeiten.....</i>	3
2.1.1	Epidemiologie kindlicher Verhaltensauffälligkeiten	3
2.1.2	Erscheinungsbild und Symptome	3
1.1.2.1	Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	3
2.1.2.1	Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung	4
2.1.2.2	Down-Syndrom.....	5
2.1.3	Ätiologie und Verlauf.....	6
2.2	<i>Unipolare Depressionen</i>	7
2.2.1	Epidemiologie Depressionen.....	7
2.2.2	Erscheinungsbild und Symptome	7
2.2.3	Ätiologie und Verlauf.....	9
2.3	<i>Wichtigste Stress- und Copingansätze</i>	11
2.3.1	Stress- und Copingdefinitionen	11
2.3.2	Stressbewältigung in der Partnerschaft und das dyadische Coping	12
2.4	<i>Relevanz von Stress und Coping bei Paaren im Zusammenhang mit klinischen Störungen</i>	14
2.4.1	Relevanz von Stress und Coping bei Paaren im Zusammenhang mit kindlichen Verhaltensproblemen	14
2.4.1.1	Stress und Coping im Zusammenhang mit der Elternschaft.....	14
2.4.1.2	Stress und Coping bei Eltern von einem verhaltensauffälligen Kind	16
2.4.2	Relevanz von Stress und Coping bei Paaren mit einem depressiven Partner	18
2.4.2.1	Stress, individuelles Coping und Depressionen.....	18
2.4.2.2	Stress, Partnerschaft und Depressionen	18
2.4.2.3	Der bewältigungsorientierte paartherapeutische Ansatz.....	21
3	Elternschaft und kindliche Verhaltensprobleme	23
3.1	<i>Zusammenfassung / Abstract</i>	23
3.2	<i>Einleitung.....</i>	24
3.3	<i>Methodik</i>	27
3.3.1	Erhebung und Gruppeneinteilung	27
3.3.2	Stichprobe.....	28
3.3.3	Erhebungsinstrumente	30
3.4	<i>Ergebnisse.....</i>	31
3.4.1	Interkorrelationen der Elternangaben.....	31
3.4.2	Unterschiede zwischen den Gruppen	32
3.4.2.1	Elterliches Wohlbefinden.....	32
3.4.2.2	Elterliche Partnerschaftszufriedenheit	32
3.4.2.3	Elternzufriedenheit.....	35

3.4.3	Kanonische Korrelationsanalysen	35
3.5	<i>Diskussion</i>	37
4	Erziehungskonflikte und die Rolle des dyadischen Copings	41
4.1	<i>Zusammenfassung / Abstract</i>	41
4.2	<i>Einleitung</i>	42
4.3	<i>Methode</i>	44
4.3.1	Stichprobe	44
4.3.2	Durchführung	45
4.3.3	Verwendete Fragebogen	45
4.4	<i>Ergebnisse</i>	48
4.4.1	Elterliche Kompetenzen als Prädiktoren von Erziehungskonflikten	49
4.4.2	Die Subskalen der elterlichen Kompetenzfragebogen als Prädiktoren elterlicher Erziehungskonflikte	51
4.4.3	Pfadanalytische Zusammenhänge	53
4.5	<i>Diskussion</i>	56
5	Stress und Coping im Vergleich zwischen verschiedenen Elterngruppen	59
5.1	<i>Zusammenfassung / Abstract</i>	59
5.2	<i>Einleitung</i>	60
5.3	<i>Methode</i>	61
5.3.1	Stichprobe	61
5.3.2	Fragebogen	62
5.4	<i>Ergebnisse</i>	63
5.4.1	Ergebnisse zum allgemeinen Stresserleben (ASN)	63
5.4.2	Ergebnisse zum individuellen und dyadischen Coping (INCOPE und FDCT) ...	66
5.5	<i>Diskussion</i>	68
6	Stress und Coping im Vergleich zu Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom	70
6.1	<i>Zusammenfassung / Abstract</i>	70
6.2	<i>Einleitung</i>	71
6.3	<i>Methode</i>	74
6.3.1	Stichprobe	74
6.3.2	Fragebogen	76
6.4	<i>Ergebnisse</i>	78
6.4.1	Ergebnisse zur Stressbelastung in verschiedenen Lebensbereichen	78
6.4.2	Ergebnisse zur individuellen Stressverarbeitung	80
6.4.3	Ergebnisse zum dyadischen Coping	80
6.5	<i>Diskussion</i>	82

7	Die Überprüfung eines Stress- und Copingmodells bei Eltern	85
7.1	<i>Zusammenfassung / Abstract</i>	85
7.2	<i>Einleitung</i>	86
7.3	<i>Methode.....</i>	89
7.3.1	Stichprobe.....	89
7.3.2	Fragebogen.....	91
7.4	<i>Ergebnisse.....</i>	93
7.4.1	Problemlöseverhalten im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom.....	94
7.4.2	Interkorrelationen der elterlichen Angaben.....	94
7.4.3	Überprüfung der pfadanalytischen Modelle.....	96
7.5	<i>Diskussion.....</i>	99
8	Depressionsverläufe und das dyadische Coping.....	102
8.1	<i>Zusammenfassung / Abstract</i>	102
8.2	<i>Einleitung.....</i>	103
8.3	<i>Methode.....</i>	107
8.3.1	Design der Studie	107
8.3.2	Fragebogen.....	108
8.3.3	Verhaltensbeobachtung	108
8.3.4	Auswertungsmethodik.....	111
8.3.4.1	Standardisierung der Verhaltensbeobachtungsdaten	111
8.3.4.2	Berechnungen der Therapieeffekte	111
8.3.4.3	Kontrolle der Depression und der Partnerschaftszufriedenheit	113
8.4	<i>Ergebnisse.....</i>	113
8.4.1	Gruppenunterschiede und Veränderungen des dyadischen Copings bei der depressiven Person.....	113
8.4.2	Gruppenunterschiede und Veränderungen des dyadischen Copings beim Partner	117
8.5	<i>Diskussion.....</i>	119
9	Depressionsverläufe und die dyadische Konfliktkommunikation.....	123
9.1	<i>Zusammenfassung.....</i>	123
9.2	<i>Einleitung.....</i>	124
9.3	<i>Methode.....</i>	127
9.3.1	Design der Studie	127
9.3.2	Fragebogen.....	128
9.3.3	Verhaltensbeobachtung	130
9.3.4	Auswertungsmethodik.....	131
9.3.4.1	Standardisierung der Verhaltensbeobachtungsdaten	131
9.3.4.2	Berechnungen der Therapieeffekte	131
9.3.4.3	Kontrolle der Depression und der Partnerschaftszufriedenheit	132
9.4	<i>Ergebnisse.....</i>	134

9.4.1	Gruppenunterschiede und Veränderungen bei den Depressiven.....	134
9.4.2	Gruppenunterschiede und Veränderungen der emotionalen Reaktionsweisen bei den Partnern	137
9.5	<i>Diskussion</i>	140
10	Zusammenfassung und Ausblick	143
11	Literaturverzeichnis.....	146

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1	Beispiele für Symptome der Störung des Sozialverhaltens sowie mit oppositionellem Trotzverhalten	4
Tabelle 2.2	Beispiele für Symptome von Unaufmerksamkeit.....	5
Tabelle 2.3	Beispiele für Symptome der Depression	8
Tabelle 2.4	Beispiele von möglichen Auslösern einer Depression	9
Tabelle 3.1	Demographische Angaben.....	29
Tabelle 3.2	Interkorrelationen	33
Tabelle 3.3	Unterschiede bezüglich Partnerschafts- und Elternzufriedenheit sowie Befinden	34
Tabelle 3.4	Faktorladungen der kanonischen Korrelationen.....	36
Tabelle 4.1	Interkorrelationen der verwendeten Fragebogen.....	48
Tabelle 4.2	Regressionsanalyse zur Vorhersage elterlicher Erziehungskonflikte.....	50
Tabelle 4.3	Regressionsanalyse zur Vorhersage elterlicher Erziehungskonflikte durch schrittweise Einführung der Subskalen der 3 Kompetenzen.....	52
Tabelle 5.1	Mittelwerte, Standardabweichungen, Gruppen-, Geschlecht- und Gruppen x Geschlechtseffekte des allgemeinen Stressniveaus (ASN) der drei Elterngruppen.....	64
Tabelle 5.2	Mittelwertsdifferenzen (Scheffé) des allgemeinen Stressniveau (ASN) und des dyadischen Coping (FDCT) für die Mütter und Väter getrennt	65
Tabelle 5.3	Mittelwerte, Standardabweichungen, Gruppen-, Geschlecht- und Gruppen* Geschlechtseffekte des dyadischen Copings (FDCT) der drei Gruppen	67
Tabelle 6.1	Demographische Variablen	75
Tabelle 6.2	Unterschiede im allgemeinen Stressniveau (ASN)	79
Tabelle 6.3	Unterschiede im dyadischen Coping (FDCT)	81
Tabelle 7.1	Demographische Angaben sowie Mittelwerte und Standardabweichungen der Copingstrategien	90
Tabelle 7.2	Interkorrelationen der verwendeten Fragebogen.....	95

Tabelle 8.1	Kurzüberblick über die 3 Therapieansätze	106
Tabelle 8.2	Demographische Angaben.....	110
Tabelle 8.3	Mittelwerte, Standardabweichungen, Therapiegruppen-, Zeit- und Interaktions- effekte (Therapiegruppen- x Zeiteffekte) der depressiven Personen	115
Tabelle 8.4	Effektstärken (ES) (a) zwischen den Behandlungsbedingungen zum Postzeit- punkt unter Prä-Wert-Berücksichtigung	116
Tabelle 8.5	Mittelwerte, Standardabweichungen, Therapiegruppen-, Zeit- und Inter- aktionseffekte (Therapiegruppen- x Zeiteffekte) der Partner	118
Tabelle 9.1	Demographische Angaben.....	129
Tabelle 9.2	Mittelwerte, Standardabweichungen, Therapiegruppen-, Zeit- und Inter- aktionseffekte (Therapiegruppen- x Zeiteffekte) der depressiven Personen ..	135
Tabelle 9.3	Effektstärken (ES) (a) zwischen den Behandlungsbedingungen zum Post-Zeit- punkt unter Prä-Wert-Berücksichtigung (b) zwischen den beiden Messzeit- punkten pro Behandlungsbedingung sowie (c) Interkorrelationen der Prä-Post- Werte	136
Tabelle 9.4	Mittelwerte, Standardabweichungen, Therapiegruppen-, Zeit- und Interaktions- effekte (Therapiegruppen- x Zeiteffekte) der Partner	139

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1	Kurzüberblick über Inhalte und Techniken der bewältigungsorientierten Paartherapie	22
Abbildung 4.1	Effekte der elterlichen Kompetenzen im Umgang mit der Erziehung und Stress auf die Erziehungskonflikte und deren Einfluss auf a) externalisierendes und b) internalisierendes Verhalten des Kindes.....	54
Abbildung 4.2	Modell zur Berechnung von Akteur- (horizontale Pfeile) und Partnereffekten (diagonale Pfeile).....	55
Abbildung 7.1	Pfadanalytisches Modell zu den Zusammenhängen zwischen Belastungen aufgrund des Kindes mit Down-Syndrom, vorhandenen instrumentellen Ressourcen sowie Befindlichkeitsvariablen der Mütter sowie der Väter....	97
Abbildung 7.2	Pfadanalytisches Modell zu den Zusammenhängen zwischen Belastungen aufgrund des Kindes mit Down-Syndrom, vorhandenen emotionalen Ressourcen sowie Befindlichkeitsvariablen der Mütter.	98
Abbildung 8.1	Rekodierung der Beobachtungsdaten in die Likertwerte null bis fünf	112
Abbildung 9.1	Rekodierung der Beobachtungsdaten in die Likertwerte null bis fünf	133

1 Einleitung

Kindliche Verhaltensprobleme im Bereich externalisierendes Verhalten sowie Depressionen bei Erwachsenen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen im deutschsprachigen Raum. Wichtige Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von klinischen Störungen sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch bei Erwachsenen stellen genetischen und biologischen Dispositionen, externe ungünstige Bedingungen (z.B. sozioökonomischer Status, Umweltbedingungen) sowie familiäre Faktoren (z.B. Konflikte, Verluste, ungünstige Kommunikationsmuster usw.) dar (Perrez & Baumann, 2005; Steinhausen, Metzke, Meier & Kanenberg, 1998; Beach, et al., 2007; Hahlweg, 1995). Sowohl Paare mit einem verhaltensauffälligen Kind als auch Paare mit einem depressiven Partner berichten über ein erhöhtes Stresserleben in verschiedenen Lebensbereichen und verfügen über geringere oder ungünstigere Bewältigungsstrategien (z.B. Bodenmann, Charvoz, Widmer, & Bradbury, 2004; Johnson et al., 2000; Crnic & Low, 2002; Zimet & Jacob, 2001). Die Stress- und Copingforschung konnte klar aufzeigen, dass ein erhöhtes Stresserleben in den verschiedenen Lebensbereichen mit einem ungünstigeren Befinden und familiären sowie partnerschaftlichen Problemen einhergehen (siehe zum Überblick Bodenmann, 2000; Perrez, Laireiter & Baumann, 2005). Neben individuellen Kompetenzen stellen soziale und familiäre Ressourcen wichtige Faktoren für die Bewältigung der bestehenden Anforderungen dar. Der Partnerschaft kommt dabei eine besonders wichtige Rolle zu, weshalb die partnerschaftliche Stressbewältigung, als wichtige Ressource bei der Bewältigung von täglichen Anforderungen, vermehrt in den Vordergrund rückte (Bodenmann, 2000, 2004; Crnic & Low, 2002; Zimet & Jacob, 2001). Dabei hat sich besonders das Konstrukt des dyadischen Copings (Bodenmann, 2000, 20004) als relevant und effektiv erwiesen, was in zahlreichen Untersuchungen an unterschiedlichen Populationen in vielfacher Weise bestätigt werden konnte (Bodenmann, 1995, 2000, 2004). Die Überprüfung der Frage der Indikation als auch der Effektivität des Einbezugs des dyadischen Copings bei der Betrachtung von Stress- und Copingprozessen bei Paaren im Zusammenhang mit klinischen Störungsbildern könnte folglich zu einer weiteren Verbesserung des Unterstützungs- und Behandlungsangebots der betroffenen Bevölkerung beitragen (vgl. auch Bodenmann, 2000).

In der vorliegenden Arbeit wurde nun erstmals, neben der Betrachtung von paarextremem und –internem Stress sowie individuellen Ressourcen, die Rolle des dyadischen Copings bei Paa-

ren im Zusammenhang mit kindlichen Verhaltensproblemen sowie Depressionen bei Erwachsenen genauer untersucht. Die Beantwortung der Fragestellungen erfolgte dabei anhand verschiedener Stichproben, im Quer- sowie im Längsschnitt, mittels Anwendung von unterschiedlichen statistischen Auswertungsmethoden, sowohl durch Selbsteinschätzung mittels Fragebogen als auch Fremdeinschätzung mittels offener Verhaltensbeobachtung. Der Inhalt der Untersuchung stellte einerseits die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen dem Befinden, der Partnerschaftszufriedenheit, den Kompetenzen im Umgang mit der Elternrolle, den individuellen Stressbewältigungsressourcen sowie dem dyadischen Coping bei Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten dar. Zudem wurden die Angaben sowohl zwischen den Elterngruppen mit Kindern mit verschiedenen Auffälligkeitsausprägungen, als auch mit einer Elterngruppe mit unauffälligen Kindern verglichen. Zur Differenzierung der Befunde erfolgte der zusätzliche Einbezug der Angaben bezüglich des Stresserlebens und der Stressbewältigung bei Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom. In einem letzten Teil wurde eine erstmalige Betrachtung der Auswirkungen von bereits gut evaluierten individualtherapeutischen Ansätzen wie der kognitiven Verhaltenstherapie KVT (Hautzinger, 2003) und der interpersonellen Psychotherapie IPT (Schramm, 1998) sowie des bewältigungsorientierten paartherapeutischen Interventionsansatzes BOI (Bodenmann, 2004, 2004) auf das gezeigte Interaktionsverhalten beider Partner bei der Bewältigung von paarexternem sowie paarinternem Stress mittels Verhaltensbeobachtung vorgenommen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand in der Überprüfung der Relevanz von individuellen sowie partnerschaftlichen Ressourcen bei Paaren bei der Bewältigung von Stress im Zusammenhang mit klinischen Störungen. Im Mittelpunkt des Interesses stand dabei die Frage bezüglich der Bedeutung des dyadischen Copings und dessen Effekte auf verschiedene relevante Variablen im Zusammenhang mit dem Befinden und der Partnerschaft der Betroffenen sowie des familiären Umfelds. Die aus dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, eine Verbesserung des Unterstützungs- und Behandlungsangebots der betroffenen Bevölkerung zu ermöglichen.

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Kindliche Verhaltensauffälligkeiten

2.1.1 Epidemiologie kindlicher Verhaltensauffälligkeiten

Epidemiologische Längsschnittstudien aus der Schweiz (Steinhausen et al., 1998) und Deutschland (Ihle & Esser, 2002) sprechen von einer stetig ansteigenden Gesamtprävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter von 16 bis 23 Prozent mit einer Persistenz von 49 bis 57 Prozent. Dabei stellen externalisierende kindliche Verhaltensauffälligkeiten mit einer durchschnittlichen Prävalenzrate von 7.5 bis 9 Prozent für dissoziale und oppositionelle Störungen und 5.3 Prozent für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eine der häufigsten Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 17 Jahren dar (Steinhausen et al., 1998; Esser et al., 2000). Die erwähnten Auffälligkeiten treten auch häufig zu etwa 40 Prozent gemeinsam im Sinne von Komorbiditäten auf (Döpfner, Schürmann & Frölich, 1997).

2.1.2 Erscheinungsbild und Symptome

1.1.2.1 Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten

Das DSM-IV (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996) führt die Störung des Sozialverhaltens und die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten als externalisierende Störungen im Kindes- und Jugendalter auf. Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Verhaltensmuster der Verletzung grundlegender Rechte, gesellschaftlicher Normen und Regeln gekennzeichnet. Dies kann sich durch aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren, Zerstörung von Eigentum, Betrug oder Diebstahl als auch durch schwere Regelverstöße äußern (siehe Tabelle 2.1). Für eine gültige Diagnose müssen drei der Symptome im vergangenen Jahr oder eines der Kriterien in den letzten 6 Monaten aufgetreten sein.

Die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten zeichnet sich hauptsächlich durch ein negatives, trotziges, ungehorsames und feindseliges Verhalten der Kinder gegenüber Autoritätspersonen in den letzten 6 Monaten aus, wobei vier der folgenden Symptome aufgetreten sein müssen (Tabelle 1.1) (Sass et al., 1996). Kinder mit einer oppositionellen Störung sind höchst reizbar, widersetzen sich aktiv und geraten übermäßig viel in Konflikte.

Tabelle 2.1 Beispiele für Symptome der Störung des Sozialverhaltens sowie mit oppositionellem Trotzverhalten

Störung des Sozialverhaltens	Störung mit oppositionellem Trotzverhalten
...ist aggressiv gegen Menschen und Tiere (z.B. hat häufig Schlägereien)	...hat häufig Konflikte mit Erwachsenen
...zerstört häufig Sachen (z.B. zerstört das Eigentum anderer Leute)	...macht sich über andere lustig
...betrügt und stiehlt (z.B. bricht in Häuser ein)	...hat oft Wutausbrüche
...verletzt Regeln (z.B. schwänzt häufig die Schule)	...gehört nicht und hält sich nicht an Regeln

2.1.2.1 Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung

Das DSM-IV (Sass et al., 1996) gibt fünf Hauptkriterien für die Diagnose einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung an: 1.) Es muss ein durchgehendes Verhaltensmuster von Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität vorliegen, welches im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern häufiger und gravierender ist. 2.) Einige dieser Symptome müssen bereits schon vor dem 7. Lebensjahr aufgetreten sein. 3.) Die Verhaltensauffälligkeiten zeigen sich in mindestens zwei Lebensbereichen, wobei sie in Situationen, welche ein stärkeres Ausmaß an Ruhe, Konzentration, Anstrengung und Aufmerksamkeit erfordern, stärker zum Vorschein kommen. 4.) Die soziale, schulische und berufliche Leistungsfähigkeit weist eine eindeutige und relevante Beeinträchtigung auf. 5.) Die Differentialdiagnose schließt andere psychische

Störungen wie etwa eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder psychotischen Störung aus. Für eine gültige Diagnose müssen entweder mindestens sechs Symptome von Unaufmerksamkeit (siehe Tabelle 2.2) oder mindestens sechs Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität während mindesten 6 Monaten vorliegen. Die Symptome müssen ein mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarendes und unangemessenes Ausmaß aufweisen und sich während den vergangenen sechs Monaten beständig gezeigt haben. Das DSM-IV unterscheidet zwischen drei Subtypen der Störung: Mischtypus, vorwiegend unaufmerksamer Typus und vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus.

Tabelle 2.2 Beispiele für Symptome von Unaufmerksamkeit

Das Kind....
...hat Mühe über längere Zeit bei einer Aufgabe oder Aktivität zu bleiben
...scheint häufig nicht zuzuhören, wenn man mit ihm spricht
...hat Mühe bei der Organisation von Aufgaben und Aktivitäten
...wird häufig durch äußere Reize abgelenkt
...vergisst häufig Sachen
...verliert häufig Sachen

2.1.2.2 Down-Syndrom

Das kindliche Down-Syndrom wird im DSM-IV (Sass et al., 1996) unter geistiger Behinderung aufgeführt. Menschen mit einem Down-Syndrom weisen drei statt zwei Chromosomen 21 auf, was zur Bezeichnung Trisomie 21 führte. Die Diagnose „Down-Syndrom“ kann bereits während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt durch Chromosomenanalysen sichergestellt werden, wobei in der Schweiz etwa eines von 660 Kindern betroffen ist.

2.1.3 Ätiologie und Verlauf

Relevante Faktoren für die kindliche Entwicklung beziehungsweise die Entstehung und Aufrechterhaltung von kindlichen Verhaltensproblemen stellen die kindliche Veranlagung (z.B. genetische und biologische Dispositionen), das familiäre Umfeld (z.B. Familienklima, Eltern-Kind-Beziehung, elterliche Partnerschaft, Erziehung, elterliches Befinden) sowie familienexterne Faktoren (sozioökonomischer Status, Umweltbedingungen) dar (siehe zum Überblick Bodenmann, 2002, 2003; Döpfner et al., 1997; Perrez & Baumann, 2005). Während beim Down-Syndrom eine genetische Ursache vorliegt, spielen psychosoziale Faktoren bei der Entstehung und dem Verlauf von externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten eine bedeutende Rolle, wobei diese vorwiegend in einem inkonsistenten, mangelhaft kontrollierenden, unbeteiligten, kühlen und konfliktreichen familiären Umfeld zu finden sind (z.B. Bodenmann, 2002; Döpfner et al., 1997; Gershoff, 2002; Petermann, Döpfner & Schmidt, 2001). Zwar wird auch bei der Aufmerksamkeitsstörung verstärkt von einer genetischen Ursache ausgegangen, doch beeinflussen die sozialen Bedingungen den Verlauf und das Ausmaß der Störung (Döpfner et al., 1997; Döpfner M., Frölich J. & Lehmkuhl G. 2000). So können die Symptome der Aufmerksamkeitsstörung in der Schule und Familie zu einer Zunahme von negativen Interaktionsmustern und mangelhafter Aneignung von grundlegendem Wissen und Fertigkeiten führen. Das Kind ist häufig Sanktionen, abträglichen Zuschreibungen und negativen Attribuierungen ausgesetzt, welche die Verschärfung der Aufmerksamkeitsstörung sowie die Entstehung von zusätzlichen externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten begünstigen (Döpfner et al., 1997, 2000). Kindliche Verhaltensauffälligkeiten stellen einen Risikofaktor für die weitere Entwicklung sowie für die Entstehung von psychischen Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter dar, wobei gerade externalisierende Verhaltensauffälligkeiten häufig einen ungünstigen Verlauf aufweisen (Ihle & Esser, 2002).

2.2 Unipolare Depressionen

2.2.1 Epidemiologie Depressionen

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Krankheiten, wobei in etwa ein Drittel der Bevölkerung einmal im Leben an irgendeiner depressiven Störung erkrankt (Hautzinger, 2005; Rose, 1999). Es bestehen Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO, dass im Jahre 2020 die unipolare Depression weltweit an 2. Stelle nach ischämischen Herzerkrankungen und vor Verkehrsunfällen stehen wird (Murray & Lopez, 1997). Während beide Geschlechter in etwa gleich stark von bipolaren Depressionen betroffen sind, erkranken Frauen etwa doppelt so häufig an der unipolaren Form (Hautzinger, 2005; Laux, 2000). Das Lebenszeitrisiko für eine Major Depression liegt bei den Frauen zwischen 10 bis 25 Prozent und bei den Männern zwischen 5 bis 12 Prozent. Die Punktprävalenz in der Normalbevölkerung beläuft sich auf 5 bis 9 Prozent für die Frauen und 2 bis 3 Prozent für die Männer (Sass et al., 1996). Bei der dysthymen Störung hingegen zeigen epidemiologische Studien eine Lebenszeitprävalenz von durchschnittlich 4 Prozent und eine Punktprävalenz von 3 Prozent (vgl. auch Hautzinger). Obwohl Depressionen in allen Lebensphasen auftreten können, verwiesen ältere Untersuchungen auf die höchste Ersterkrankungsrate zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, während sich in neueren Untersuchungen eine Vorverlagerung des Ersterkrankungsgipfels auf den Zeitpunkt zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr bemerkbar macht (Hautzinger, 2005). Depressionen besitzen eine hohe Rate an Komorbiditäten, und treten häufig auch im Zusammenhang mit unterschiedlichsten Störungsbildern auf (siehe zum Überblick Hautzinger, 1995; Petermann & Reinecker, 2005). Personen mit positiven Sozialbeziehungen, einem höheren Bildungsniveau und Ansässigkeit in ländlich-kleinstädtischen Umgebungen haben das geringste Erkrankungsrisiko.

2.2.2 Erscheinungsbild und Symptome

Depressionen äußern sich auf der emotionalen, motivationalen, kognitiven, vegetativ-somatischen, motorisch-behavioralen und interaktionellen Ebene (siehe Tabelle 2.3) (vgl. Hautzinger, 2005). Entsprechend dem DSM-IV (Sass et al., 1996) besteht das Hauptmerkmal einer Episode einer Depression entweder aus einer depressiven Stimmung oder einem Verlust

der Interessen und Freuden an fast allen Aktivitäten, wobei dies mindestens während zwei Wochen täglich und die meiste Zeit des Tages anzudauern hat. Für eine „Major Depression“ müssen zusätzlich vier der weiteren Symptome wie 1) deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme (> 5 Prozent), 2) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf, 3) körperliche Unruhe oder Verlangsamung, 4) Energieverlust oder Müdigkeit an fast allen Tagen, 5) Gefühl der Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle, 6) Konzentrationsstörungen sowie 7) wiederkehrende Suizidvorstellungen (vgl. Sass et al., 1996, WHO, 1993) aufgetreten sein. Für eine „Minor Depression“ gelten die gleichen Kriterien, doch werden weniger als drei aber mindestens eines der zusätzlichen Symptome vorausgesetzt (Hautzinger, 1995). Die dysthyme Störung unterscheidet sich bezüglich Schweregrad, Chronizität und Dauer von der „Major Depression“. Während die „Major Depression“ aus einer oder mehreren abgegrenzten Episoden besteht, ist die dysthyme Störung durch eine chronische, leichtere und langjährige bestehende depressive Symptomatik charakterisiert (siehe auch Hautzinger, 2005).

Tabelle 2.3 Beispiele für Symptome der Depression

emotional / motivational	kognitiv	vegetativ / somatisch	motorisch / behavioral	interaktionell
Interessenverlust / Antriebslosigkeit	mangelnde Kon- zentration	Unruhe / Erregung	Körperhaltung (z.B. kraftlos, ge- beugt)	Rückzug Negativität
Traurigkeit / Nie- dergeschlagenheit	langsames Denken	Reizbarkeit	Gesichtsausdruck (z.B. ausdruckslos, traurig)	Jammern
Schuldgefühle	negative Einstel- lungen	Schlafstörung Appetitstörung		Selbstabwertung
Wertlosigkeit	zirkuläres Grübeln	Libidoverlust	Sprache (z.B. leise, mono- ton, langsam)	
Hoffnungslosigkeit	Pessimismus	Energieverlust / Müdigkeit	Motorik (z.B. verlangsamt, lethargisch)	
Einsamkeit	Selbstbelohnung	Kraftlosigkeit		
Hilflosigkeit				

Anlehnend an die Diagnosekriterien des DSM-IV (Sass et al., 1996) und ICD-10 (WHO, 1993) stuft Hautzinger (2005) Depressionen in leicht (4 bis 5 Symptome), mittelschwer (6 bis

7 Symptome) und schwer (8 und mehr Symptome) ein. Die Suizidalitätsrate bei depressiven Personen liegt bei ca. 15 Prozent, und ist somit weitaus höher als in der Normalbevölkerung (vgl. Hautzinger, 2005).

2.2.3 Ätiologie und Verlauf

Depressive Störungen sind das Resultat eines komplexen Zusammenspiels von biologischen, psychosozialen, psychologischen und demographischen Faktoren (Blöschl, 1998). Die wichtigsten Risikofaktoren für depressive Erkrankungen stellen genetische und biologische Dispositionen, Persönlichkeit, Sozialisationserfahrungen, interpersonelle Faktoren, chronischer Stress, kritische Lebensereignisse, kognitive Verarbeitung, Geschlecht sowie sozioökonomischer Status dar (z.B. Beach, Sandeen & O’Leary, 1990; De Jong-Meyer, 2005, Hautzinger, 2005; Gotlib & Hammen, 2002). Als Auslöser einer Depression fungieren häufig kritische Lebensereignisse oder stark belastende chronische Stressoren im Vorfeld (siehe Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4 Beispiele von möglichen Auslösern einer Depression

-
- Todesfall oder Krankheit einer nahestehenden Person
 - Arbeitsplatzverlust
 - Trennung oder Scheidung
 - schwere oder chronische Partnerschaftskonflikte
 - Misserfolge
 - soziale Zurückweisungen
 - monotone Lebensumstände
 - Sinnkrisen
 - chronischer Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen
-

So konnten bereits Brown und Harris (1982) zeigen, dass bei 56 Prozent der betroffenen Personen ein schwerwiegendes kritisches Lebensereignis der Depression vorherging. Gerade Verluste, starke Konflikte sowie mangelnde Unterstützung im interpersonellen Bereich, im Speziellen der Partnerschaft, gehen verstärkt mit Depressionen einher (z.B. Backenstrass, 1998; Beach et al., 1990, Gotlib & Hammen, 2002). Es existieren eine Vielzahl von Erklärungsmodellen bezüglich der Entstehung als auch der Aufrechterhaltung von Depressionen wie beispielsweise verhaltens- (z.B. Ferster, 1973; Lewinson, 1974), kognitiv- (z.B. Beck, 1970, Seligman, 1992), interpersonell- (z.B. Klerman & Weissman, 1993) sowie stressbewältigungsorientierte Ansätze (z.B. Brown & Harris, 1978; McLean, 1981) (siehe zum Überblick Blöschl, 1998; De Jong-Meyer, 2005; Hautzinger, 1995 usw.).

Depressionen sind meistens von langer Dauer und besitzen sehr variable Verläufe, wobei lang anhaltende Restsymptome sowie mehrmalige Rückfälle häufig sind (siehe zum Überblick Backenstrass, 1998; De Jong-Meyer, 2005; Sass et al., 1996). Neben Pharmakotherapien stellen die kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1986) und die interpersonellen Psychotherapie (IPT) (Klerman, Weissman & Rounsaville, 1984) wirksame individualtherapeutische psychologische Interventionen dar (z.B. Elkin et al., 1989; Hautzinger, de Jong-Meyer, Treiber, Rudolf & Thien, 1996; Schramm, Calkers & Berger, 2004; Wampold, Minami, Baskin & Tierney, 2002). Zusätzlich zeigte sich infolge paartherapeutischer Interventionen zur Behandlung von Depressionen neben einer vergleichbaren Abnahme depressiver Symptome eine zusätzliche Verbesserung der Partnerschaftszufriedenheit (siehe zum Überblick Backenstrass, 1998; Beach, Jones & Franklin, in press; Bodenmann, 2004; De Jong-Meyer, 2005; Hahlweg, 1995). Die Besserungsrate lagen für die IPT bei 43 bis 55 Prozent und für die KVT bei 36 bis 51 Prozent (Elkin et al., 1989), wobei die psychologischen Interventionen im Vergleich zu medikamentösen Behandlungen stabilere Langzeitveränderungen aufwiesen (z.B. Hautzinger et al., 1996). Trotzdem erfahren 30 bis 50 Prozent der Gebesserten nach der Remittierung eine erneute Verschlechterung oder einen Rückfall (z.B. Belsher & Costello, 1988). Wichtige Faktoren im Zusammenhang mit dem Verlauf sowie Rückfällen von Depressionen stellt neben erneuten kritischen Lebensereignissen oder anhaltenden Belastungen ungünstige Interaktionsmuster im engen sozialen Umfeld dar, wobei gerade der Partnerschaft eine besondere Bedeutung zukommt (z.B. Backenstrass, 1998; Beach et al., 1990, 2007; Hahlweg, 1996) (siehe Kapitel 2.4.2).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass im Sinne eines multifaktoriellen Störungsmodells bei Depressionen und deren Verlauf biologische (genetische Vulnerabilität, Dysregulation des biologischen Systems usw.), kognitive und verhaltensorientierte (dysfunktionale Einstellungen, negative Schemata usw.) als auch interpersonelle Erklärungs- und Behandlungskonzepte (Mangel und Verlust sozialer Verstärker und Unterstützung, überdauernde ungünstige Interaktionsmuster usw.) im Vordergrund stehen, wobei der partnerschaftlichen Beziehung eine besondere Bedeutung zukommt (siehe zum Überblick Beach, Sandeen & O’Leary, 1990; Bodenmann, 2006; De Jong-Meyer, 2005; Hahlweg, 1995; Hautzinger, 2005; Reich, 2003).

2.3 Wichtigste Stress- und Copingansätze

2.3.1 Stress- und Copingdefinitionen

Stress und dessen Folgen erweckten seit den 60er Jahren ein breites interdisziplinäres Forschungsinteresse, weshalb heute eine klare empirische Evidenz vorliegt, dass sich die Konsequenzen von Stress in der Gesundheit, im Wohlbefinden, im sozialen Umgang (z.B. Partnerschaft) sowie in anderen Kriterien abbilden (z.B. Bodenmann, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Perez et al., 2005; Röhrle, 1994; Schröder & Schwarzer, 1997). Seit der transaktionalen Definition von Stressprozessen (Lazarus & Folkman, 1984) wird Stress als ein subjektiv wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen der Einschätzung der äußeren Anforderungen (“primary appraisal”) und vorhandenen Ressourcen (“secondary appraisal”) verstanden. Zusätzlich wird die Stresseinschätzung durch fluktuierende äußere und innere Vorgänge und Prozesse (z.B. momentane Stimmungen, aktuelle Ereignisse und Lebensbedingungen usw.) auf verschiedenen Ebenen (z.B. emotional, sozial, physisch und physiologisch) im Sinne eines komplexen Wechselspiels mitbeeinflusst. Folglich unterliegt das individuelle Stresserleben infolge wiederholender Beurteilungsprozesse (“reappraisal”) zeitlichen Veränderungen (siehe Lazarus & Folkman, 1984; Bodenmann, 1995, 2000). Die verschiedenen Stressereignisse lassen sich bezüglich Ausmaß und Readaptionszeit in unterschiedliche Kategorien einteilen (z.B. normative versus nicht-normative kritische Lebensereignisse, chronische Belastungen und tägliche Widrigkeiten; vgl. Perez & Reicherts, 1992; Perez et al. 2005). Einschneidende kritische Lebensereignisse, die Chronifizierung oder Akkumulation von tägli-

chen Stressoren können bei nicht ausreichenden Bewältigungsressourcen mit körperlichen Krankheiten sowie psychischen Störungen einhergehen (z.B. Beach et al, 1990; in press; Bodenmann, 2000, 2004; Perez et al. 2005; Perez & Reicherts, 1992).

Die Anwendung von Stressbewältigungsstrategien zur Wiederherstellung der Homöostase stellt ein wichtiger Bestandteil des Stressprozesses dar. Neben der Klassifizierung der Stressbewältigungsressourcen in individuelles und soziales Coping, erfolgte eine weitere Unterteilung des Copingverhaltens entsprechend ihrer Funktion in emotionales und instrumentelles Coping (Folkman & Lazarus, 1980). Während das emotionale Coping in erster Linie die Regulation der Emotionen (z.B. individuell: Palliation, Rumination; sozial: Empathie, Interesse, Solidarisierung, Mithilfe zur Umbewertung und Gefühlsberuhigung) betrifft, zielt das instrumentelle Coping auf die aktive sachbezogene Bewältigung des Stressereignisses ab (z.B. individuell: Problemlösung, aufsuchen von Hilfe; sozial: Ratschläge, Ausführung von Tätigkeiten, Informationsweitergabe, materielle Unterstützung) (siehe zum Überblick Bodenmann, 2000; Lazarus und Folkman, 1984, Perez et al., 2005). Bezüglich der Funktionalität dieser beiden Copingmodalitäten gibt es kaum Untersuchungen. Es wird aber davon ausgegangen, dass das emotionale Coping vermehrt bei nicht-kontrollierbaren und das instrumentelle Coping bei eher kontrollierbaren Situationen angewendet wird (Cutrona & Russel, 1990; Folkman & Lazarus, 1980). Die Auswahl der Copingstrategien erfolgt entsprechend des beabsichtigten Ziels. So kommen, je nachdem ob eine Minimierung, Reduktion, Bewältigung oder Tolerierung des Stressreizes angestrebt wird, andere Strategien zur Anwendung (siehe genauer Bodenmann, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Perez & Reicherts, 1992).

2.3.2 Stressbewältigung in der Partnerschaft und das dyadische Coping

Entsprechend des Kaskadenmodells (Bodenmann, 1995, 2000) kann es infolge von Stressakkumulationen zu einer Überforderung der individuellen Copingkompetenzen kommen, wodurch die Inanspruchnahme von dyadischen und familiären Copingressourcen indiziert wird. Der Partnerschaft, als intimste Beziehung im Erwachsenenalter, kommt dabei eine besonders wichtige Bedeutung zu (Bodenmann, 1995, 2000). Der systemisch-prozessuale Ansatz (Bodenmann, 1998, 2000) stellt eine Erweiterung des transaktionalen Stresskonzeptes (Lazarus & Folkman, 1984) übertragen auf die Partnerschaft unter Berücksichtigung des durch Stress ausgelösten Veränderungsprozesses dar. Dieser fügt an, dass sowohl beide Partner als auch

die Partnerschaft infolge verschiedener Anpassungsleistungen laufenden Entwicklungsprozessen unterliegen. Durch das Zusammenspiel von mehreren Stressoren verschiedenster Qualität, vergangenen Erfahrungen (gerade auch in der Partnerschaft), Befürchtungen zukünftiger Belastungen, individualbiographischen Faktoren, momentanen Entwicklungsaufgaben und anderen situativen Aspekten kann es bei ungenügender Bewältigung oder Regeneration zu einer Stressakkumulation und zu einer Überforderung des partnerschaftlichen Systems kommen (siehe genauer Bodenmann, 1995, 2000). Dies hat häufig neben negativen Auswirkungen auf das Befinden beider Partner auch in vielfacher Hinsicht eine Vulnerabilisierung und Unterminierung der Partnerschaft zur Folge (Bodenmann, 2000). So verweisen unterschiedliche Untersuchungen darauf, dass ein erhöhtes anhaltendes Stressniveau mit einer Abnahme der gemeinsam verbleibenden Zeit (z.B. gemeinsame hedonistische Tätigkeiten, Gespräche) sowie einer Verschlechterung der Kommunikation (z.B. erhöhte Negativität, geringere Positivität, Rückzug) einhergeht, was wiederum mit einer Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit und einem erhöhten Scheidungsrisiko verbunden ist (siehe zum Überblick Bodenmann, 2000; Gottman, 1994). Wobei sich entsprechend der Untersuchung von Bodenmann (1995) gerade tägliche Widrigkeiten mit einer Varianzaufklärung von 24 Prozent als am schädlichsten für die Partnerschaftsqualität erwiesen haben. Eine niedrige Partnerschaftsqualität, geprägt durch einen negativen Interaktionsstil, geringe Unterstützung, mangelnde emotionale Wärme und gehäufte Konflikte haben gravierende negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden, die Entwicklung und Entfaltung der beteiligten Partner sowie der gesamten Familie. Folglich stellen Kompetenzen im partnerschaftlichen Umgang mit Stress einen weiteren wichtigen protektiven Faktor gegen die beschriebenen stressbedingten Negativdynamiken dar.

Im Zusammenhang mit der partnerschaftlichen Stressbewältigung formulierte und realisierte Bodenmann (1995, 2000, 2004) das Konstrukt des dyadischen Copings. Unter dyadischem Coping wird der gemeinsame Umgang der Partner zur Bewältigung von individuellem partnerschaftsexternem Stress verstanden, wobei dieses die Stresskommunikation des einen Partners (dem Partner seinen Stress offen mitteilen und nach Unterstützung bitten) sowie die emotionale als auch instrumentelle Unterstützung des anderen Partners (verbale und nonverbale Copingreaktionen) umfasst. Es erfolgte dabei eine Klassifizierung der verschiedenen Formen der partnerschaftlichen Unterstützung in 1. positive Unterstützungsbemühungen (supportives dyadisches Coping), 2. Übernahme von Aufgaben und Tätigkeiten (delegiertes dyadisches Coping), 3. gemeinsame Bewältigung (gemeinsames dyadisches Coping) sowie 4. negative und ungünstige Reaktionen (hostiles, ambivalentes oder floskelhaftes Coping). Ein weiterer

wichtiger Aspekt des dyadischen Copings stellen Hilfestellungen und Unterstützungen (aktives Zuhören, offenes Nachfragen) durch den einen Partners bei der Stressexploration des anderen Partners dar (vgl. auch Trichtermethode: Kapitel 1.4.4). Bodenmann (2000) hat als Funktionen des dyadischen Copings sowohl stressbezogene Aspekte (Reduktion der Belastung durch wirksame Problemlösung, Emotionsregulation, soziale Regulation) als auch partnerschaftsbezogene Aspekte (Aufbau sowie die Festigung des “Wir-Gefühls”, Aufbau und Stärkung von Vertrauen in den Partner/die Partnerin, kognitive Repräsentation der Partnerschaft als hilfreich, unterstützend und wertvoll usw.) thematisiert. Das dyadische Coping hat sich in der Paarforschung mehrfach bewährt, wobei das supportive und gemeinsame dyadische Coping als Schutzfaktoren gegen den schädigenden Einfluss von täglichen paarexternen Stressoren auf das Befinden und die Partnerschaftsqualität vielfach bestätigt werden konnte (siehe zum Überblick Bodenmann, 1995, 2000).

2.4 Relevanz von Stress und Coping bei Paaren im Zusammenhang mit klinischen Störungen

2.4.1 Relevanz von Stress und Coping bei Paaren im Zusammenhang mit kindlichen Verhaltensproblemen

2.4.1.1 Stress und Coping im Zusammenhang mit der Elternschaft

Der Übergang zur Elternschaft stellt ein wichtiges normatives kritisches Lebensereignis dar (Reichle & Werneck, 1999), welches verschiedene Adaptionprozesse (Neudefinition der Rollen, Tagesablauf usw.) sowie anhaltende Zunahmen von alltäglichen Belastungen in verschiedenen Bereichen (Finanzen, Partnerschaft, Haushalt usw.) zur Folge hat (El-Giamal, 2000, Schneewind, 1999; Reichle & Werneck, 1999). Das daraus resultierende Stressniveau kann sich bei mangelnden Bewältigungskompetenzen negativ auf die Partnerschaft, das elterliche Befinden und auf die Beziehung zum Kind auswirken (siehe zum Überblick Bodenmann, 2003; Crnic & Low, 2002; Feinberg, 2002; Johnston & Mash, 2001). So konnte infolge des Überganges zur Elternschaft eine Abnahme der Partnerschaftsqualität aufgrund von erhöhten Belastungen und mangelnder Zeit für partnerschaftliche hedonistische Tätigkeiten aufgezeigt werden (z.B. Bodenmann, 2000, 2003). Auch Vergleichsstudien zeigten, dass die Partner-

schaftszufriedenheit bei Eltern gegenüber Paaren ohne Kinderwunsch signifikant niedriger ist, mit der Anzahl der Kinder negativ korrelierte, der gefundene Unterschied aber mit dem ansteigenden Alter der Kinder wieder abnimmt (siehe zum Überblick Twenge, Campbell & Foster, 2003). Doch verweisen weitere Untersuchungen darauf, dass sich der Partnerschaftsverlauf durch die Art der Bewältigung dieser Entwicklungsphase in Abhängigkeit verschiedener Faktoren wie Alter, sozioökonomischer Status, Anzahl Kinder, elterliche Kompetenzen in verschiedenen Bereichen, persönliche Ressourcen, Rollenverteilung, psychisches Befinden sowie kindliches Temperament usw. unterschiedlich gestaltet (siehe z.B. Belsky & Rovine, 1990).

Die Elternschaft geht mit zusätzlichen weitgreifenden Veränderungen in verschiedenen anderen Bereichen (Beruf, Rollendefinition, Freizeit usw.) einher, welche letzten Endes gemeinsam zu einer Entstehung der Elternidentität beziehungsweise des elterlichen Selbstbildes beitragen (Petzold, 1999). Die elterliche Identitätsfindung unterliegt infolge verschiedener Adaptionsprozesse im Sinne einer reaktiven Sozialisation (Schneewind, 1999) einem fortlaufenden morphostatischen Prozess (Zech, 2000). Durch Erfahrungen, die von einer Person in ihrer Elternrolle über Interaktionen mit dem Kind, dem Partner und der Umwelt gewonnen werden, entstehen mentale affektive (z.B. Freude an der Elternschaft) und kognitive Repräsentationen (z.B. Selbstwirksamkeitsüberzeugung im erzieherischen Kontext) über sich als Elternteil, über das Kind und die soziale Umwelt im Elternkontext, aus welchen das elterliche Selbstbild resultiert (siehe zum Überblick Bandura, 1989; Coleman & Karraker, 2000; Schneewind, 1999). So konnten verschiedene Untersuchungen aufzeigen, dass das elterliche Selbstbild bidirektionale Zusammenhänge zu verschiedenen elterlichen Variablen (z.B. Partnerschaftszufriedenheit, Erziehung, Befinden) aufweist (Coleman & Karraker, 2000; 1998). So zeigten sich beispielsweise entsprechend dem Gelingen der Bewältigung der Elternschaft und der damit verbundenen Konsequenzen in den erwähnten Bereichen klare Variationen beim elterlichen Befinden (z.B. Calzada, Eyberg, Rich & Querido, 2004; Fischer 1990; Murphy & Barkley, 1996). Dies geht auch mit Befunden einher, die auf ein erhöhtes Depressionsrisiko für Frauen mit mehreren Kindern ohne eigene Berufstätigkeit verweisen (z.B. Brown & Harris, 1978), welches sich in Anbetracht geringer Unterstützung durch den Partner noch vergrößert (Crnic & Low, 2002; Johnston & Mash, 2001).

Die kurz- sowie langfristige erfolgreiche Bewältigung der durch die Elternschaft gestellten Anforderungen fungiert als eine wegweisende Grundbasis der weiteren Familienentwicklung

(Cowan & Cowan, 2000; Feinberg, 2002). Wichtige Ansatzpunkte zur Unterstützung von Eltern in ihrer Aufgabe als Erzieher und Ehepartner stellt folglich die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen in den Bereichen Erziehung und Partnerschaft (z.B. Kommunikation, Problemlösung und Belastungsbewältigung; siehe auch Kapitel 2.3.2) dar (Bodenmann & Hahlweg, 2003), welche neben bereichsspezifischen Verbesserungen die Verminderung elterlicher Belastungen zum gemeinsamen Ziel haben. Als günstige Faktoren der elterlichen Erziehung gelten Wärme (Fürsorge, Liebe usw.), Kontrolle (Regeln, angemessene Überwachung usw.), Förderung (Lob, Vermittlung usw.) und positive Kommunikation (Lob, sachbezogene Kritik). Ungünstiges Erziehungsverhalten stellen Inkonsequenz (negative und mangelnde positive Verstärkung), Bestrafung (emotional, materiell und körperlich) und negative Kommunikation (Befehle, personenbezogene Kritik) dar (siehe zum Überblick z.B. Schneewind, 1999). Im Zusammenhang mit der elterlichen Partnerschaft haben verschiedene Untersuchungen gezeigt, dass gerade ein wechselseitiges partnerschaftliches Unterstützungssystem (vgl. Elternallianz; Cohen & Weissmann, 1984; Howes & Markman, 1989) bei der Bewältigung der Elternrolle und Erziehungsaufgabe von besonderer Bedeutung ist (siehe zum Überblick Bodenmann & Hahlweg, 2003; Bodenmann, 2000, 2003; Cowan & Cowan, 2000; Feinberg, 2002).

2.4.1.2 Stress und Coping bei Eltern von einem verhaltensauffälligen Kind

Es gilt als gut belegt, dass Eltern von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zu Eltern mit unauffälligen Kindern ein erhöhtes intra- (Erziehung, Partnerschaft, Befinden usw.) sowie extrafamiliäres Stressniveau (sozioökonomische Bedingungen, soziales Netzwerk usw.) aufweisen (Siehe zum Überblick Crnic & Low, 2002; Johnston & Mash, 2001; Morgan, Robinson & Aldrige, 2002). Als relevante sich gegenseitig beeinflussende intrafamiliäre Faktoren im Zusammenhang mit kindlichen Verhaltensauffälligkeiten gelten unter anderem die Erziehung, die Partnerschaft, das elterliche Befinden sowie die elterliche Stressbewältigung. Doch sollte bei der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen elterlichen Faktoren und kindlichem Problemverhalten immer von bidirektionalen Zusammenhängen im Sinne „koersiver Prozesse“ (Patterson, 1982) ausgegangen werden (siehe zum Überblick Crnic & Low, 2002; Schneewind, 1999; Zimet & Jacob, 2001).

Bezüglich des elterlichen Erziehungsstils (siehe zum Überblick Schneewind, 1999) existieren bereits seit längerer Zeit klare Befunde, welche negative Verstärkung, Inkonsequenz, man-

gelnde Bekräftigung bei positiven Ansätzen des Kindes sowie eine erhöhte Negativität (z.B. körperliche Bestrafung) und geringe Positivität (z.B. eingeschränktes Lob, Wärme) in Eltern-Kind-Interaktionen im Zusammenhang mit kindlichen externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten belegen (z.B. Bodenmann, Perrez, Schär & Trepp, 2004; Gershoff, 2002; Stormshak, Bierman, McMahon, & Lengua, 2000). Weitere Untersuchungen verweisen auf ein ungünstigeres Befinden sowie eine erhöhte Prävalenzrate von psychischen Störungen bei Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen (z.B. Beach, Jones & Franklin, in press.; Calzada, Eyberg, Rich & Querido, 2004; Murphy & Barkley, 1996). Trotz inkonsistenten Ergebnissen zur globalen elterlichen Partnerschaftszufriedenheit und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (Mash & Johnston, 2001; Zimet & Jakob, 2001), berichteten Jouriles und Kollegen (1991) von einer Korrelation von $r = .10$ bis $r = .25$. Im Gegensatz zur Partnerschaftszufriedenheit gilt der Zusammenhang zwischen Ehekonflikten und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten als klar belegt (Cummings & Davies, 2002; Grych, 1998). So konnten verschiedene Untersuchungen eine Varianzaufklärung von 9 bis 25 Prozent der externalisierenden und 10 Prozent der internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten durch elterliche Ehekonflikte in Abhängigkeit der Häufigkeit, Intensität, Dauer sowie des Konfliktausgangs aufzeigen (Cummings & Davies, 2002; Zimet & Jacob, 2001). Elterliche Konflikte bezüglich des Kindes und der Erziehung stellen neben chronischen Ehekonflikten für die Kinder die größte Belastung dar (Cummings & Davies, 2002; Zimet & Jacob, 2001).

Obwohl ein erhöhtes elterliches Stressniveau bei Eltern von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten seit längerem als vielfach erwiesen gilt, existieren kaum Befunde zur individuellen Stressbewältigung, während bezüglich partnerschaftlicher Stressbewältigung erst seit einigen Jahren einen Anstieg des Interesses zu vermerken war (z.B. Button, Pianta & Marvin, 2001, Crnic & Low, 2002, Zimet & Jacob, 2001). Zwar verweisen die bestehenden Befunde auf einen korrelativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an kindlichen externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und dem Mangel oder einer erhöhten Negativität in der partnerschaftlichen Stressbewältigung, doch beschränken sich die meisten Befunde auf eine globale Erfassung der partnerschaftlichen Unterstützung anhand des „Parenting Stress Index“ (PSI: Abidin, 1995) (z.B. Button et al., 2001; Crnic & Low, 2002, Zimet & Jacob, 2001).

2.4.2 Relevanz von Stress und Coping bei Paaren mit einem depressiven Partner

2.4.2.1 Stress, individuelles Coping und Depressionen

Der Zusammenhang zwischen einem erhöhten Stresserleben in verschiedenen Lebensbereichen (Beruf, Familie, sozioökonomischer Status, Krankheiten usw.) und Depressionen gilt als gut belegt (z.B. Coyne & Whiffen, 1995; Holahan, Moos, & Bonin, 1999; Johnson et al., 2000; Monroe & Simons, 1991). Neben Makrostressoren im Sinne kritischer Lebensereignisse oder chronischer Stressoren traten tägliche Widrigkeiten und deren Akkumulation im Zusammenhang mit der Entstehung und dem Verlauf von Depressionen in den vergangenen Jahren vermehrt in den Vordergrund (z.B. Bodenmann, Schwerzmann & Cina, 2000; Felsten, 2002). Gleichzeitig konnte die Stress- und Copingforschung aufzeigen, dass depressive Personen eine erhöhte Stressreagibilität, negativere und realitätsfremdere Situationseinschätzungen sowie ungünstigere Stressbewältigungsstrategien aufweisen (z.B. Bodenmann et al., 2000; 2004; Folkman & Lazarus, 1986; Perez & Reicherts, 1987). Depressive Personen sind vermehrt auf emotionale Aspekte fokussiert, zeigen eine erhöhte Passivität, Vermeidung sowie ein vermindertes Problemlöseverhalten, und bewältigen Stress häufiger alleine (z.B. Bodenmann et al., 2004; Coyne et al., 1981; Cronkite et al., 1998; Rohde, Tilson, Lewinsohn & Seeley, 1990). Weiter konnte im Zuge unterschiedlichster Untersuchungen ein erhöhtes Ausmaß an wunschvollem Denken, Selbstblamage, Rumination, Selbst- und Fremdvorwürfen, negativem emotionalem Ausdruck, negativer Palliation, kognitiver Vermeidung sowie erhöhter Selbstisolation bei depressiven Personen aufgezeigt werden (z.B. Blalock & Joiner, 2000; Bodenmann, et al., 2004; Felsten, 2002; Kuiper & Olinger, 1989; Papageorigou & Wells, 2003).

2.4.2.2 Stress, Partnerschaft und Depressionen

Die Bedeutung von interpersonellen Schwierigkeiten und sozialen Defiziten als wichtiger Bestandteil depressiver Erkrankungen wurde schon sehr früh erkannt und vielfach bestätigt (siehe zum Überblick Gotlib & Hammen, in press; De Jong-Meyer, 2005; Hahlweg, 1995; Hautzinger, 2005). Doch verweist die bestehende Befundlage auf die besondere Bedeutung von familiären Variablen bei der Entstehung, dem Verlauf sowie Rückfällen im Zusammenhang mit Depressionen, wobei der Partnerschaft eine Schlüsselrolle zukommt (Beach, Sandeen & O’Leary, 1990; Bodenmann, 2006; Hahlweg, 1995; Joiner & Coyne, 1999 usw.). So konnte klar nachgewiesen werden, dass ein erhöhtes paarinternes Stressniveau, im Sinne einer Häu-

fung von Konflikten und negativen Interaktionen mit hohem Eskalationspotential, verbunden mit einer niedrigen Partnerschaftszufriedenheit mit Depressionen einhergeht (siehe zum Überblick Backenstrass, 1998; Beach et al., 1990, in press; Hahlweg, 1995; Joiner & Coyne, 1999 usw.). Andere Untersuchungen hingegen fanden zwar eine geringere Positivität und Passivität aber keine erhöhte Hostilität bei Paaren mit einem depressiven Partner (Biglan et al. 1985; Jacob & Leonard, 1992). So konnten beispielsweise bereits Gotlib und Whiffen (1989) trotz hoher Selbsteinschätzung von Unstimmigkeiten und negativem Partnerverhalten lediglich eine erhöhte Anspannung, eine geringere nonverbale Positivität sowie eine Vermeidung von konfliktreichen partnerschaftlichen Konfrontationen bei Paaren mit einem depressiven Partner beobachten. Diese Befunde führten zu einer Annahme einer Aggressions-Unterdrückungs-Hypothese durch depressives Verhalten (z.B. Biglan et al., 1985; siehe zum Überblick Backenstrass, 1998; Beach et al., 1990, in press.), welche infolge späterer Überprüfungen in erster Linie für Paare mit Partnerschaftsproblemen und nicht spezifisch für Depressionen Bestätigung erfuhr (siehe zum Überblick Beach et al., 1990; Reich, 2003). Weitere Untersuchungen, welche die Partnerschaftszufriedenheit sowohl in der Selbst- als auch Fremdbeurteilung erfassten, bestätigten zwar den Zusammenhang mit dem Depressionsausmaß, doch erwies sich dieser bei der Selbstbeurteilung als weitaus stärker (z.B. Coleman & Miller, 1975; Birtchnell, 1991). Interessant in diesem Zusammenhang sind auch die Befunde der Untersuchung anhand des Konstruktes der „expressed emotion“ (Hooley & Teasdale, 1989) an 41 Paaren von Fiedler, Backenstrass, Kronmüller und Mundt (1998), welche die wahrgenommene Partnerschaftszufriedenheit sowie Partnerkritik der depressiven Personen nicht aber der Partner als Rückfallprädiktoren im ersten Jahr bestätigen konnten. Zusätzlich erwies sich eine wahrgenommene hohe Gemeinsamkeit in der alltäglichen Kommunikation der Partner und die Diskrepanz in der Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit zwischen den Partnern als prädiktiv für Rückfälle (Fiedler et al., 1998). Diese und weitere Befunde (siehe zum Überblick Beach et al., 1990; in press.) sowie die Erkenntnis vermehrter verdeckter Kritikäußerungen bei Paaren mit einem depressiven Partner (Backenstrass, 1998; Fiedler et al., 1998) sprechen für die Relevanz von unterschwelligen Eheproblemen mit subtileren ungünstigen Kommunikationsmustern. Zusammenfassend verweist die bestehende Befundslage auf depressionstypische ungünstige Partnerschaftsmerkmale wie eine geringere verbale und nonverbale Positivität, erhöhte Passivität und Rückzug (geringere Kohäsion), Asymmetrien (z.B. Ungleichgewicht bei der gegenseitigen Unterstützung, Überanpassung), erhöhte Negativität im Sinne von negativen Äußerungen (z.B. bezüglich eigene Person, Befinden, Umwelt, Zukunft) sowie Kritik/Defensivität (siehe zum Überblick Backenstrass, 1998, Beach et al., 1990;

Bodenmann, 2006; Hautzinger et al., 1982; Joiner & Coyne, 1999). Infolge dieser Untersuchungen konnten ein signifikanter Zusammenhang der Depression mit dem depressionstypischen Kommunikationsverhalten sowie dem Mangel an dyadischer Positivität nicht aber mit einem hostilem Interaktionsverhalten aufgezeigt werden, während die Partnerschaftszufriedenheit Zusammenhänge sowohl mit der Depressivität sowie der Negativität/Hostilität aufwies (vgl. Hautzinger et al., 1982; Johnson & Jacob, 1997).

Im Zusammenhang mit einer geringeren Positivität bei Paaren mit einem depressiven Partner rückten Untersuchungen, welche die Bedeutung von Defiziten und erhöhter Negativität/Ambivalenz bei der partnerschaftlichen Unterstützung und Stressbewältigung von paarextremem Stress im Zusammenhang mit der Entstehung, der Aufrechterhaltung sowie Rückfällen von Depressionen belegen, vermehrt in den Vordergrund (z.B. Beach et al., 1990, in press; Bodenmann, 2006; Bodenmann et al., 2004; Coyne, Ellard, & Smith, 1990, Horesh & Fenning, 2000). Im Zusammenhang mit dem dyadischen Coping konnten Bodenmann und Kollegen (2000, 2004) infolge einer Fragebogenuntersuchung bei Paaren mit einem depressiven Partner aufzeigen, dass depressive Personen im Vergleich zur Kontrollgruppe Stress häufiger alleine bewältigen, weniger auf die Ressourcen des Partners zurückzugreifen, das dyadische Coping signifikant häufiger vermeiden und das supportive dyadische Coping des Partners vermehrt als ambivalent oder hostile erleben. Weiter wird von einem Ungleichgewicht von Unterstützungshandlungen, aufgrund erhöhter nicht bewältigter negativer Affekte im Zusammenhang mit Depressionen, zwischen der depressiven Person und den Partnern ausgegangen. Dies wiederum kann zu einer erhöhten Negativität, Ambivalenz, Rückzug in der Kommunikation sowie ungünstigeren Befindlichkeit beider Partner führen (z.B. Benazon & Coyne, 2000; Coyne, 1976; Hautzinger et al., 1982).

Bezüglich der Kausalität solcher ungünstigen Partnerschafts- und Kommunikationsmerkmalen sowie erhöhtem paarinternem Stressniveau bei Paaren mit einem depressiven Partner bestehen widersprüchliche Ansichten (z.B. Beach et al., 1990; Hautzinger et al., 1984; Hooley & Hahlweg, 1986; Fiedler et al., 1998). Zusammenfassend sollte jedoch von bidirektionalen Zusammenhängen zwischen den Partnerschaftsmerkmalen, negativen Affekten, ungünstigen Kognitionen und bestehenden Defiziten bei individuellen Kompetenzen ausgegangen werden. Weitere interessante Erklärungsansätze ergeben sich durch unterschiedlichste Koersions- und operante Verstärkungsmodelle (Patterson & Reid, 1970; Levinson, 1974; Coyne, 1976, Beach et al., 1990; Biglan et al., 1985, Hautzinger et al., 1982 usw.). Entsprechend diesen Modellen

wird das Verhalten der depressiven Person (erhöhter Ausdruck negativer Gefühle, Gedanken und Selbstabwertungen, Rückversicherungs- und Hilfeaufsuchverhalten, Passivität, Kritik/Defensivität usw.) sowie das Partnerverhalten (Kritik, Überforderung, Ablehnung, Rückzug usw.) im Sinne von Zwangsprozessen gegenseitig verstärkt und aufrechterhalten, wodurch die Aufrechterhaltung und Verschlechterung sowohl von Depressionen als auch Partnerschaftsproblemen (z.B. erhöhte Negativität, niedrige Kohäsion, geringe Positivität) begünstigt werden.

Entsprechend der vorliegenden Befundlage liegen im Zusammenhang mit Depressionen, neben einer Häufung von vorangegangenen kritischen Lebensereignissen, Defizite bei der individuellen als auch dyadischen Stressbewältigung bei einer gleichzeitig höheren objektiven sowie subjektiven täglichen Stressbelastung in verschiedenen Lebensbereichen vor (z.B. Bodenmann et al., 2000; Folkman & Lazarus, 1986). Vermeidende individuelle Bewältigungsstrategien und mangelnde partnerschaftliche Unterstützung wiederum konnten auch mit einer verminderten Remission infolge psychotherapeutischer Behandlung von Depressionen in Verbindung gebracht werden (Parker, Brown & Blignault, 1986; Krantz & Moos, 1988).

2.4.2.3 Der bewältigungsorientierte paartherapeutische Ansatz

Die Verbesserung des individuellen und dyadischen Copings stellt neben weiteren Elementen der klassischen Paartherapie wichtige Ansatzpunkte der bewältigungsorientierten Paartherapie zur Behandlung von Depressionen BOI dar (Bodenmann, 2004; 2006) (siehe Abbildung 2.1). In diesem Zusammenhang ist die 3-Phasenmethode das Kernelement der Therapie. Dabei soll in einer ersten Phase eine angemessene dyadische Emotionsbewältigung durch die Trichter-methode der emotionalen Stressexploration (Bodenmann, 2004, 2006) in einem strukturierten Setting erlernt werden, bei welcher der eine Partner (Zuhörerregeln: aktives Zuhören, Paraphrasieren und offene Fragen) dem Erzählenden (Sprecherregeln: Ich-Form, konkrete Situation, Emotionsbezogenheit) bei der Klärung der Emotionen hilft. Dieses Vorgehen ermöglicht sowohl ein tieferes Verständnis der eigenen Emotionen und der darunterliegenden Schemata beim Sprecher als auch ein erhöhtes Interesse und Verständnis beim zuhörenden Partner um in einer zweiten Phase in Passung zum berichteten Stresserleben die optimale Unterstützung geben zu können. Das Feedback des Sprechers bezüglich der erlebten Unterstützung durch den Partner bildet die dritte Phase (vgl. 3-Phasen-Methode: Bodenmann, 2004, 2006). Die 3-Phasenmethode wurde mehrmals im Zusammenhang mit dem Freiburger Stresspräventions-

training (FSPT) (vgl. Bodenmann, 2003) überprüft und bezüglich dessen kurz- wie auch langfristigen positiven Auswirkungen auf das Befinden sowie die Partnerschaft bestätigt (z.B. Bodenmann, Pihet & Kayser, 2006; Bodenmann & Shantinath, 2004).

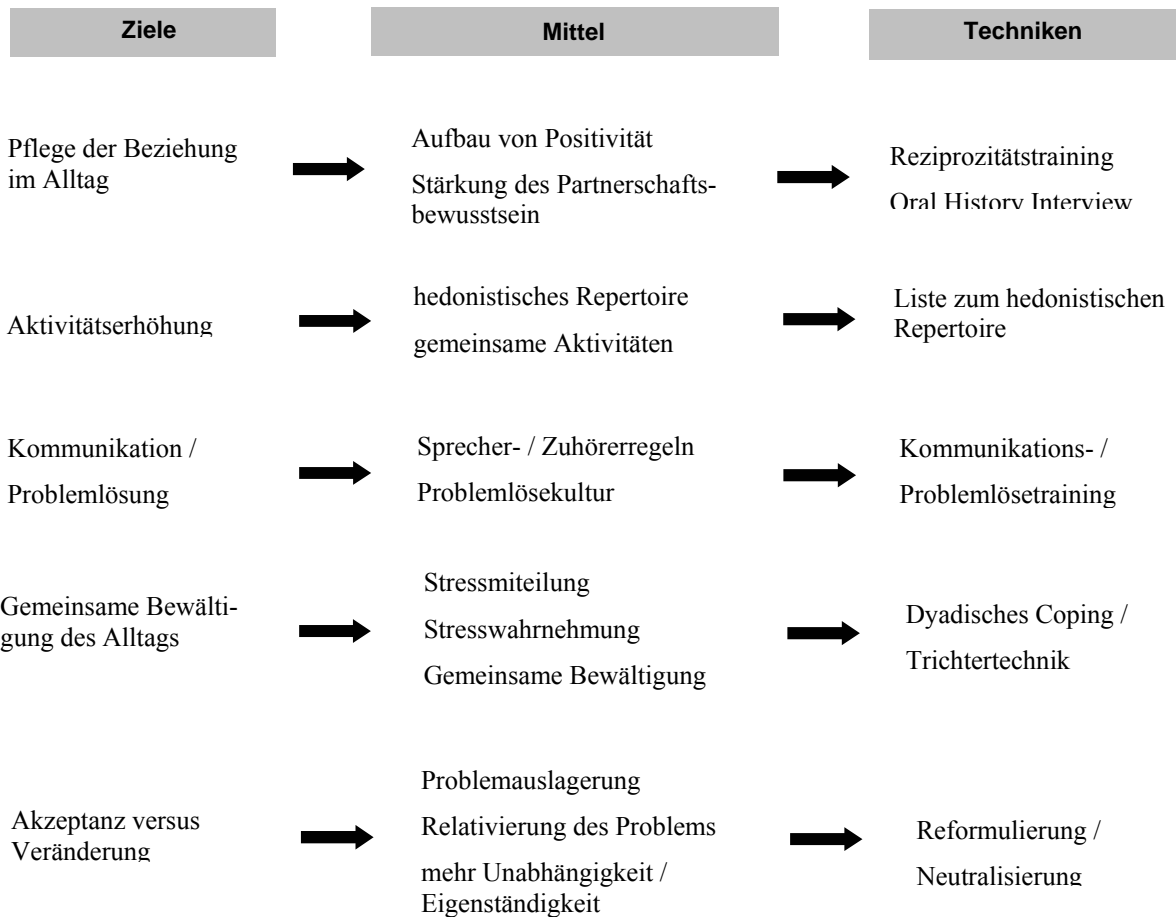


Abbildung 2.1 Kurzüberblick über Inhalte und Techniken der bewältigungsorientierten Paartherapie (Bodenmann, 2004; 2006)

Eine weitere Besonderheit der BOI stellt die psychoedukative Aufklärung der Paare bezüglich der Zusammenhänge des Befindens und der Depression mit Stress sowie mit ungünstiger Interaktionsmustern im Sinne operanter gegenseitiger Verstärkung gerade auch bei der partnerschaftlichen Stressbewältigung dar. Ziel der bewältigungsorientierten Paartherapie ist neben einer Depressionsverbesserung in einem vergleichbaren Ausmaß zur KVT und IPT sowie ein geringeres Rückfallrisiko, eine zusätzliche Verbesserung der Partnerschaftszufriedenheit, der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie von individuellen und dyadischen Kompetenzen (siehe Abbildung 2.1) (Bodenmann, 2004, 2006).

3 Elternschaft und kindliche Verhaltensprobleme

Erschien als: Gabriel, B. & Bodenmann, G. (2006). Befinden, Partnerschafts- und Elternzufriedenheit bei Eltern im Zusammenhang mit kindlichem Verhalten. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 53 (3), 213-225.

3.1 Zusammenfassung / Abstract

Theoretischer Hintergrund und Fragestellung: Das familiäre Umfeld spielt neben anderen Faktoren eine bedeutende Rolle im Zusammenhang mit kindlichem Problemverhalten. Folglich rückten familienpsychologische Bemühungen zur Stärkung der Eltern bei der Bewältigung täglicher Anforderungen in den letzten Jahren vermehrt in den Vordergrund. *Methode:* In der vorliegenden Untersuchung wurde das Wohlbefinden, die Partnerschaftszufriedenheit und die Zufriedenheit mit der Elternrolle zwischen 3 Elterngruppen mit einem Knaben im Alter zwischen 6 und 14 Jahren ($N = 69$ Paare) mittels multivariater Analyseverfahren verglichen. Die erste Gruppe bestand aus 27 Elternpaaren mit einem Jungen mit Aufmerksamkeitsproblemen und externalisierendem Verhalten, 18 Paare mit einem externalisierenden Jungen bildeten die zweite Elterngruppe, und die dritte Gruppe beinhaltete 24 Kontrollpaare mit einem unauffälligen Jungen. *Ergebnisse:* Eltern von einem Knaben mit externalisierendem Verhalten und Aufmerksamkeitsproblemen zeigten in allen drei Bereichen ungünstigere Werte, während die Elterngruppe mit einem externalisierenden Jungen ohne Aufmerksamkeitsproblemen lediglich im erzieherischen Kontext über eine geringere Zufriedenheit gegenüber der Kontrollgruppe berichtete. *Schlussfolgerung:* In Anbetracht der gefundenen Ergebnisse erscheint eine differentielle Betrachtung familiärer Bedürfnisse und Ressourcen zur effizienten Stärkung der Familie von großer Wichtigkeit.

Background: Family environment is an important factor associated with behavior problems in children. Helping parents to cope with daily demands is a main target of psychological efforts in families. *Method:* In this study multivariate analyses were computed to compare well being, marital quality and satisfaction with parenting in three groups of parents with a boy between 6 and 14 years ($N = 69$ couples). The first group encompassed 27 families of a boy with

attention and conduct problems, the second group were formed of 18 parents of a boy only with conduct problems and the third group encompassed 24 control parents. *Results:* The results showed significant differences in the quality of experience of parenting between the three groups. Parents of a boy with attention and conduct problems reported less satisfaction and more emotional problems in all measures. In contrast, parents with a boy with externalizing problems showed only lower satisfaction in parenting. *Conclusion:* The results suggest that a more differentiated consideration of familial needs and resources for promoting a healthy development of both parents and their children is needed.

3.2 Einleitung

Das familiäre Umfeld (gekennzeichnet durch Merkmale wie emotionale Sicherheit, Konstanz der Eltern-Kind-Beziehung, Erziehung, elterliche Partnerschaft und Befinden der Familienmitglieder usw.) spielt neben anderen Faktoren (z.B. sozioökonomischer Status, genetische Einflüsse wie beispielsweise das kindliche Temperament usw.) eine bedeutende Rolle für die gesunde Entwicklung von Kindern oder im ungünstigen Fall für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Verhaltensproblemen im Kindes- und Jugendalter (vgl. Gershoff, 2002; Ihle, Esser, Schmid & Blanz, 2002; Krishnakumar & Buehler, 2000).

Die Elternschaft bringt neben einer Vielzahl von positiven Aspekten (z.B. elterliche Persönlichkeitsentwicklung, Sinnfindung und Verwirklichung eines Lebenswunsches, Freude an den Kindern) auch hohe Anforderungen in verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Neudefinition der Rollen, elterliche Identitätsfindung, kindbezogene Anforderungen, finanzielle Belastungen, partnerschaftliche Veränderungen) mit sich (vgl. Belsky, Putnam & Crnic, 1996; Coleman & Karraker, 1997; Cowan & Cowan, 2000; Schneewind, 1999). Neben möglichen negativen Auswirkungen auf das Befinden und die Freude an der Elternschaft kann es entsprechend zu einem Anstieg von negativen (im Sinne von häufigen Konflikten, negativer Kommunikation) sowie eine Abnahme von positiven Erfahrungen im Alltag und in der elterlichen Partnerschaft (z.B. in den Bereichen Sexualität, Vertrautheit und Freizeitverhalten) infolge erhöhter elterlicher Belastungen und mangelnder Zeit für gemeinsame hedonistische Tätigkeiten kommen (Bodenmann, 2000; Cowan & Cowan, 2000; El-Giamal, 1999; Shapiro, Gottman & Carrer, 2000 usw.). So zeigten neuere Metaanalysen, dass die Partnerschaftszufriedenheit

bei Eltern im Vergleich zu Paaren ohne Kinder signifikant niedriger eingeschätzt wird und mit der Anzahl der Kinder negativ korreliert ist, wobei die Stärke der Korrelationen mit zunehmendem Alter der Kinder abnimmt (siehe zum Überblick Twenge, Campbell & Foster, 2003). Allerdings fand sich dieser „Erholungseffekt“ nicht bei allen Familien. Belsky und Rovine (1990) konnten an 128 Familien aus der Mittelschicht aufzeigen, dass sich die Beziehung bei über 50 Prozent der Paare drei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes wieder verbesserte oder gleich blieb, während bei rund 16 Prozent eine negative Entwicklung zu vermerken war, wobei sich die Gruppen bezüglich demographischer Indikatoren (z.B. sozioökonomischer Status, Bildung usw.), Persönlichkeitsvariablen (z.B. psychischer Befindlichkeit), vorgeburtlicher Partnerschaftszufriedenheit sowie Temperament und Entwicklung des Kindes unterschieden. Eine besondere Risikogruppe für ein erhöhtes Belastungsniveau stellen jene Eltern dar, deren Kinder Verhaltensprobleme wie Aggression, Opposition, Dissozialität oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) aufweisen. Dies lässt sich auch durch eine Vielzahl von Befunden bestätigen, welche auf ein erhöhtes elterliches Stresserleben in Bezug auf familienexterne Bedingungen (wie sozioökonomische Bedingungen, Beruf und Nachbarschaft) und familieninterne Aspekte (wie Partnerschaft, Eltern-Kind-Beziehung, Befindlichkeit) bei Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen im Vergleich zu Eltern mit unauffälligen Kindern hinweisen (siehe zum Überblick Crnic & Low, 2002; DuPaul, McGoey, Eckert & VanBrakle, 2001; Johnston & Mash, 2001; Morgan, Robinson & Aldrige, 2002). Johnston und Mash (2001) berichteten in ihrem Überblicksartikel basierend auf Forschungsbefunden der vergangenen 20 Jahre aus den Vereinigten Staaten über ein erhöhtes Ausmaß an Konflikten und Negativität in der Partnerschaft, ein gehäuftes Auftreten psychischer Probleme, das Vorhandensein von ungünstigen Erziehungsstrategien und negativen elterlichen Kognitionen im Zusammenhang mit der Elternrolle bei Eltern mit einem verhaltensauffälligen Kind (ADHS mit und ohne externalisierenden Verhaltensproblemen). Diese Befunde zeigten sich bei ansteigender Intensität externalisierender Komorbiditäten noch ausgeprägter, was durch Johnston (1996) an 48 Familien verdeutlicht wurde. Weiter gaben Untersuchungen zum psychischen Befinden von Eltern von einem Kind mit Verhaltensproblemen Hinweise darauf, dass ein niedrigeres elterliches Selbstvertrauen, häufigere Schuldgefühle, soziale Isolation, Alltagsstress oder psychische Störungen wie Depressionen und Alkoholabusus mit kindlichem Problemverhalten kovariieren (z.B. Calzada, Eyberg, Rich & Querido, 2004; Cunningham, Benness & Siegel, 1988; Murphy & Barkley, 1996; Scahill et al., 1999; Shelton et al., 1998; usw.).

Die Befunde lassen sich erstens durch Vererbungstheorien im Sinne genetischer Gemeinsamkeiten (z.B. Faraone et al., 1999; Kuntsi, & Stevenson, 2000) erklären, wonach der erhöhte elterliche Stress auch aus einer angeborenen psychischen Anfälligkeit der Eltern resultieren kann. Eine zweite mögliche Erklärung besteht darin, dass ein chronisch erhöhtes Stressniveau, z.B. im Zusammenhang mit Erziehungsstress, bei einer ineffektiven Bewältigung einen ungünstigen Einfluss auf das Wohlbefinden der Erziehungspersonen und die Partnerschaft ausübt (vgl. Bodenmann, 2003). Ein dritter Erklärungsansatz ergibt sich dadurch, dass Stress, Konflikte sowie eine geringere Positivität und Intimität in der Partnerschaft sich direkt wie indirekt über das Erziehungsverhalten der Eltern (z.B. durch gereizteres, bestrafenderes, rigideres oder vernachlässigenderes Erziehungsverhalten) ungünstig auf das Kind auswirken (Bodenmann, 2003, Krishnakumar & Buehler, 2000). Partnerschaftsprobleme und ein geringeres psychisches Wohlbefinden können die elterliche Wahrnehmung von familienexternen und -internen Stressoren verstärken und einem ungünstigeren Selbstwertgefühl Vorschub leisten, was zur Entstehung und Aufrechterhaltung von elterlichem Stress im Umgang mit ihren Kindern beiträgt und wiederum einen ungünstigen Einfluss auf das Verhalten der Kinder ausübt (z.B. Webster-Stratton, 1990). Zum einen wird dieses niedere Selbstwertgefühl in Zusammenhang mit psychischen Problemen der Eltern gebracht, kann sich aber auch mit der Zeit infolge einer Anhäufung von Schwierigkeiten und Misserfolgen in der Interaktion mit dem Kind entwickeln (Calzada et al., 2004; Coleman & Karraker, 2000; Cummings & Davies, 2002; Fincham, Grych & Osborne, 1994; Johnston & Mash, 2001). Insgesamt muss bei der Beantwortung der Frage nach Ursachen und Wirkungen im Rahmen dieser beschriebenen ungünstigen familiären Stressprozesse von bidirektionalen und multifaktoriellen Beeinflussungen zwischen familienexternen und -internen Gegebenheiten sowie elterlichen und kindlichen Charakteristiken im Sinne „koersiver Prozesse“ (Patterson, 1982) ausgegangen werden (vgl. auch Bodenmann, 2003; Crnic & Low, 2002; Schneewind, 1999).

Während sich ein großer Teil der erwähnten Untersuchungen auf mögliche dysfunktionale Aspekte (z.B. mangelnde Kompetenzen, Konflikte, Pathologien) in Familien mit verhaltensauffälligen Kindern bezogen, wurde in der vorliegenden Studie das Erleben der Elternschaft anhand der elterlichen Einschätzungen der Partnerschaft, der kognitiven und emotionalen Aspekte der Erziehungs- und Elternrolle sowie der eigenen Befindlichkeit an einer Stichprobe von 69 Elternpaaren (Angaben beider Elternteile) mit Knaben im Schulalter untersucht. Mittels eines Vergleiches von 3 Elterngruppen von Jungen mit unterschiedlichem Problemverhalten (unauffällig, externalisierendes Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme und externa-

lisierendes Verhalten) sollten differentielle Aussagen zu den erhobenen elterlichen Befindlichkeitsbereiche gemacht werden. Basierend auf bisherigen Befunden wurde eine geringere Positivität und Befindlichkeit in allen drei Bereichen bei Eltern von Jungen mit Verhaltensproblemen erwartet, welche sich je nach Intensität und Erscheinungsbild des kindlichen Problemverhaltens jedoch unterschiedlich gestalten sollte. Im Zentrum der Untersuchung stand die differenzierte Betrachtung möglicher Spillovereffekte zwischen bestimmten Teilaspekten der drei Elternvariablen (Befinden, Partnerschaftszufriedenheit, Zufriedenheit mit der Elternschaft) sowie kindlichem Problemverhalten. Während frühere Untersuchungen meist nur Mütterereinschätzungen umfassten und das väterliche Erleben der Elternschaft nur selten Beachtung erfuhr, sind in dieser Untersuchung Unterschiede zwischen den beiden Elternteilen von weiterem Interesse. Entsprechend bestehender Befunde bestand die Annahme, dass sich familiäre Prozesse aufgrund der Traditionalisierung der Rollen infolge der Elternschaft stärker in den mütterlichen Berichten bezüglich des Befindens, der Partnerschaft und der Zufriedenheit mit der Elternrolle widerspiegeln, sich bei den Vätern hingegen hauptsächlich bei der Einschätzung der Partnerschaft bemerkbar machen würden (siehe zum Überblick Calzada et al., 2004; Feinberg, 2002; Twenge, Campbell & Foster, 2003).

3.3 Methodik

3.3.1 Erhebung und Gruppeneinteilung

Die Rekrutierung der Eltern erfolgte über Schulen und Vereinigungen von Eltern mit verhaltensauffälligen Kindern (ADHS, externalisierende Verhaltensauffälligkeiten). Von den eingegangenen 138 mütterlichen und 119 väterlichen Fragebogen wurden lediglich die Familien mit Angaben beider Elternteile und einem Indexkind im Alter zwischen 6 und 14 Jahren in die Auswertung einbezogen, woraus eine Stichprobe von 96 Elternpaaren mit 1 bis 4 Kindern resultierte. Die Gruppeneinteilung in auffällig und unauffällig (schweizerische Normwerte: Steinhausen, Metzke & Kannenberg, 1996) wurde aufgrund der übereinstimmenden Einschätzung des kindlichen Verhaltens beider Elternteile bezüglich externalisierender Verhaltensweisen und Aufmerksamkeitsproblemen (CBCL: Arbeitsgruppe deutsche Child Behavior Checklist, 1998) vorgenommen (siehe Tabelle 3.1). 13 Elternpaare schieden aus der Analyse aus,

da in diesen Fällen das elterliche Urteil bezüglich der Auffälligkeit der Kinder divergierte, wodurch keine valide Zuordnung möglich war. Aufgrund des kleinen Anteils an Indexmädchen ($n = 14$) und deren ungleichmässige Verteilung über die 3 Gruppen, wurden diese nicht in die Analysen einbezogen. Folglich konnten 69 Elternpaare mit einem Jungen im Alter zwischen 6 und 14 Jahren in drei Gruppen unterteilt werden.

3.3.2 Stichprobe

Gruppe 1 ($n = 27$ Paare): Die elterliche Einschätzung lag für beide kindlichen Verhaltensweisen im auffälligen Bereich, wobei die mütterliche Einschätzung von externalisierendem Verhalten ($t(26) = 2.89$; $p \leq .01$) sowie Aufmerksamkeitsproblemen ($t(26) = 2.62$; $p \leq .01$) verglichen mit den Vätern signifikant ungünstiger ausfiel. *Gruppe 2 ($n = 18$ Paare):* Elternpaare, welche lediglich externalisierende kindliche Verhaltensweisen als auffällig beurteilten. Es fanden sich zwischen den Müttern und den Vätern weder signifikante Unterschiede in der Einschätzung von externalisierendem Kinderverhalten ($t(17) = 1.36$; ns) noch von Aufmerksamkeitsproblemen ($t(17) = 1.29$; ns). *Gruppe 3 ($n = 24$ Paare):* Elterliche Berichte kindlichen Verhaltens zeigten keine Auffälligkeiten in beiden Bereichen. In dieser Gruppe berichteten die Mütter gegenüber den Vätern lediglich über ein stärkeres Ausmaß an kindlichen externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten ($t(23) = 2.15$; $p \leq .05$). Bei der Beurteilung von Aufmerksamkeitsproblemen ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Elternteilen ($t(23) = 0.59$; ns). Die elterliche Einschätzung des Kindverhaltens unterschied sich in beiden Bereichen kindlichen Verhaltens zwischen den Gruppen mit Ausnahme des väterlichen Urteils bezüglich externalisierender Verhaltensauffälligkeiten zwischen der Gruppe 1 und Gruppe 2 signifikant (siehe Tabelle 3.1).

Bei den befragten Elternpaaren ($N = 69$) handelte es sich um eine gut gebildete Mittelschichtstichprobe, wobei sich das jährliche Einkommen bei 33.3% der Väter zwischen 41'000 und 80'000 CHF und bei den restlichen Familien darüber bewegte. Der Anstellungsstatus der Männer lag zwischen 80% und über 100%, wobei mehr als 40% in einer leitenden Funktion tätig waren. 13% der Mütter arbeiteten 100 Prozent und mehr, 49.2% der Mütter waren Hausfrauen ohne zusätzliches Einkommen und die Restlichen gingen einer Teilzeitarbeit nach. Bezüglich demographischer Angaben (Alter Eltern, Alter und Anzahl der Kinder, Zivilstand, Einkommen, Beruf) unterschieden sich die drei Elterngruppen nicht signifikant (Tabelle 2.1).

Tabelle 3.1 Demographische Angaben

	Gruppe 1 (n = 27)				Gruppe 2 (n = 18)				Gruppe 3 (n = 24)				Gruppenunterschiede	
	Mütter		Väter		Mütter		Väter		Mütter		Väter		Mütter	Väter
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Familie														
Alter der Eltern	40.11	4.58	43.19	6.29	39.39	4.58	41.65	5.02	40.04	5.12	41.54	4.63	F(2,66) = 0.14	F(2,66) = 0.71
Alter der Kinder	9.67	2.32			10.11	2.06			10.04	2.07			F(2,66) = 0.29	
Anzahl Kinder	2.19	.62			2.44	.98			2.38	.58			F(2,66) = 1.39	
Zivilstand														
verheiratet		96.3%				94.1%				100%			$\chi^2(6) = 7.51$	
Beruf														
Arbeiter/in	21%		18.5%		25.1 %		5.9%		13.4.%		4.2%		$\chi^2(14) = 13.17$	$\chi^2(16) = 13.59$
Angestellte/r	63.2%		25.9%		50%		29.4%		40.0%		29.2%			
Leitende Funkti- on	0%		44.4%		12.6%		41.2%		13.4.%		62.5%			
Andere	15.9%		11.1%		12.6%		23.5%		33.4.%		4.2%			
Einkommen														
keines	54.5%		-		31.3 %		-		56.5.%		-		$\chi^2(8) = 7.35$	$\chi^2(4) = 1.17$
21 bis 40'000	31.8%		-		53.8%		17.6%		26.1%		-			
41 bis 60'000	-		11.5%		6.3%		-		13%		12.5%			
61 bis 80'000	4.5%		30.8%		6.3%		29.4%		-		20.8%			
über 80'000	9.1%		57.7%		12.5%		52.9%		4.3%		66.7%			
Kindliches Verhalten														
Externalisierend	34.53	9.36	29.99	8.87	27.09	10.07	24.86	9.54	5.58	4.58	7.54	4.76	F(2,66) = 82.13***	F(2,66) = 54.57***
Aufmerksamkeit	13.14	2.52	11.94	2.57	6.61	1.79	7.17	2.01	2.66	2.87	2.85	2.58	F(2,66) = 115.5***	F(2,66) = 88.28***

Anmerkungen: Gruppe 1 = Eltern von einem Jungen mit externalisierendem Verhalten und Aufmerksamkeitsproblemen / Gruppe 2 = Eltern von einem Jungen mit externalisierendem Verhalten / Gruppe 3 = Kontrollgruppe; *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

3.3.3 Erhebungsinstrumente

Demographische Angaben

Die Eltern wurden zu Alter, Geschlecht, Zivilstand, Ausbildung, Beruf, Prozent der Anstellung, Einkommen und Anzahl Kindern befragt.

Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen (BS-CBCL)

Beim Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen handelt es sich um eine deutsche Übersetzung (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) der “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983). Die Items (3-stufig) des Gesamtwertes ($\alpha = .97$) erheben die elterliche Einschätzung der Kompetenzen, körperlichen Beschwerden sowie die behavioralen und emotionalen Auffälligkeiten ihrer Kinder und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren der letzten sechs Monate. Zur Auswertung wurden die Skala *externalisierendes Verhalten* ($\alpha = .95$) mit 30 Items (aggressives und delinquentes/dissoziales Verhalten; Beispielitem: „Ist roh und gemein zu anderen und schüchtert sie ein“) und die Syndromskala *Aufmerksamkeitsprobleme* ($\alpha = .87$) mit 7 Items (Beispielitem: „Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen“) herbeigezogen. Die Skalen haben sich als hinreichend konsistent erwiesen und eignen sich unter anderem zur Testung von möglichen Korrelaten kindlichen Problemverhaltens (Achenbach, Dumenci & Rescorla, 2001; Steinhausen, Metzke & Kannenberg, 1996).

Partnerschaftsfragebogen (PFB)

Der Gesamtwert ($\alpha = .94$) des PFB (Hahlweg, 1996a) erfasst die Qualität der Partnerschaft und die Zufriedenheit mit der Paarbeziehung mit einer 4-stufigen Likert-Skala (“nie“ bis “sehr oft”) und setzt sich aus den positiv umgepolten Subskalen Streitverhalten ($\alpha = .86$) (Anzahl Items: 10; Beispielitem: “Wenn wir streiten, können wir nie ein Ende finden“), Zärtlichkeit ($\alpha = .92$) (Anzahl Items: 10; Beispielitem: “Er/Sie nimmt mich in den Arm“) sowie Gemeinsamkeit und Kommunikation ($\alpha = .85$) (Anzahl Items: 10; Beispielitem: “Wir schmieden gemeinsame Zukunftspläne“) zusammen. Der Fragebogen besitzt eine gute interne Konsistenz und eine gute bis sehr gute diskriminative und prognostische Validität (Hahlweg, 1996a).

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Elternrolle (FKE)

Beim FKE handelt es sich um eine deutsche Übersetzung (Miller, 2001) der “Parenting Sense of Competence Scale” (PSOC) von Johnston und Mash (1989). Der Gesamtwert ($\alpha = .77$) erfasst die kognitiven und affektiven Komponenten des elterlichen Selbstbildes durch 16 Items mit einer sechsstufigen Skala (“stimme völlig zu“ bis “stimme überhaupt nicht zu“). 7 umgepolte Items zu kognitiven Komponenten (Beispielitem: “Wenn irgend jemand eine Antwort darauf weiß, was mit meinem Kind los ist, dann bin ich es.“) lassen sich in die Subskala Selbstwirksamkeitsüberzeugung ($\alpha = .73$) und 9 Items bezüglich affektiver Komponenten (Beispielitem: “Obwohl Elternschaft sehr erfüllend sein kann, bin ich beim jetzigen Alter meines Kindes häufig frustriert.“) in die Subskala Zufriedenheit mit der Elternrolle ($\alpha = .80$) zusammenfassen. Der FKE besitzt eine befriedigende diskriminative Validität und hinreichende Konsistenz.

Fragebogen zum Befinden (PKB)

Die Gesamtskala ($\alpha = .89$) des PKB (Bodenmann, 2000) setzt sich aus den beiden positiv gepolten Subskalen körperliches ($\alpha = .88$) (Anzahl Items: 3; Beispielitem: “Haben Sie körperliche Beschwerden?“) und psychisches ($\alpha = .84$) Befinden (Anzahl Items: 3; Beispielitem: “Leiden Sie unter psychischen Anspannungen?“) zusammen.

3.4 Ergebnisse

3.4.1 Interkorrelationen der Elternangaben

Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen elterlichen Angaben wurden 1-seitige Korrelationen (Pearson) für die Mütter und Väter getrennt unter Einbezug der ganzen Stichprobe ($N = 69$) durchgeführt (siehe Tabelle 3.2).

Wie erwartet fanden sich vermehrt signifikante Zusammenhänge für die mütterlichen Angaben, wobei mit Ausnahme des körperlichen Befindens, der mütterlichen Selbstwirksamkeit in der Erziehung und der partnerschaftlichen Gemeinsamkeit sämtliche Angaben der Mütter signifikant miteinander korrelierten. Bei den Vätern hingegen zeigten sich einerseits signifikante

Interkorrelationen der Befindlichkeit mit der väterlichen Selbstwirksamkeit in der Erziehung und den Angaben bezüglich Aufmerksamkeitsproblemen sowie andererseits der Zärtlichkeit in der Partnerschaft mit beiden kindlichen Verhaltensauffälligkeiten. Es zeigten sich hohe Paarinterkorrelationen bei der elterlichen Einschätzung des kindlichen Problemverhaltens mit $r = .92$ ($p \leq .001$) für Aufmerksamkeitsprobleme und $r = .88$ ($p \leq .001$) für externalisierendes Verhalten, welche aber stichprobenbedingt sein dürften, da Elternpaare mit divergierenden Angaben ausgeschlossen wurden.

3.4.2 Unterschiede zwischen den Gruppen

Die Berechnungen erfolgten durch multivariate 3x2 Varianzanalysen (Elterngruppe x Geschlecht der Eltern) mit anschließenden Post-Hoc-Analysen (Scheffé-Test; Bonferroni) zur Bestimmung der Frage, welche Gruppen sich bezüglich der erhobenen Variablen voneinander unterschieden (siehe Tabelle 3).

3.4.2.1 Elterliches Wohlbefinden

Die MANOVA ($F(2,66) = 4.62$; $p \leq .05$; $\eta^2 = .12$) wie auch die ANOVA bezüglich des Gesamtwertes ($F(2,66) = 4.61$; $p \leq .05$; $\eta^2 = .10$) verwiesen auf signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen, wobei die Elterngruppe 1 signifikant niedrigere Werte im psychischen Befinden als die Kontrollgruppe angab (siehe Tabelle 2.3). Weder die Geschlechtseffekte noch die Interaktionseffekte wurden signifikant.

3.4.2.2 Elterliche Partnerschaftszufriedenheit

Der multivariate Gruppeneffekt ($F(3,63) = 5.76$; $p \leq .01$; $\eta^2 = .22$) zeigte auch im Zusammenhang mit der Partnerschaftsqualität signifikante Gruppenunterschiede, welche sich infolge der ANOVAs hauptsächlich auf einen geringeren Score in der Subskala „Zärtlichkeit“ ($p \leq .01$) gegenüber den beiden anderen Elterngruppen und dem Gesamtwert des PFB ($p \leq .05$) der Gruppe 1 gegenüber der Kontrollgruppe zurückführen ließen. Die Mütter erlebten die Partnerschaft als signifikant zufriedenstellender als die Väter ($p \leq .05$) (siehe Tabelle 2.3). Die Interaktionseffekte wurden nicht signifikant.

Tabelle 3.2 Interkorrelationen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Befinden	.18	.89***	.91***	.16	.19	.09	.14	.47***	.47***	.26*	-.41***	-.32**
2. Körperlich	.91***	.19	.63***	-.03	.02	-.07	-.02	.31**	.26*	.24*	-.27*	-.19
3. psychisch	.89***	.63***	.13	.30**	.31**	.22*	.25*	.52***	.56***	.24*	-.46***	-.37***
4. Partnerschaft	.10	.05	.13	.68***	.74***	.90***	.90***	.26*	.31**	.10	-.26*	-.25*
5. Streit	.12	.11	.10	.77***	.42***	.47***	.49***	.27*	.27*	.14	-.35*	-.27*
6. Zärtlichkeit	.07	-.01	.14	.92***	.52***	.68***	.75***	.20*	.25*	.05	-.26*	-.30**
7. Gemeinsamkeit	.08	.05	.09	.91***	.54***	.81***	.65***	.21*	.26*	.07	-.09	-.08
8. Elternschaft	.27*	.23*	.26*	.14	.14	.08	.15	.46***	.86***	.75***	-.39***	-.46***
9. Zufriedenheit	.15	.10	.17	.14	.16	.08	.15	.88***	.41***	.31**	-.48***	-.53***
10. Selbstwirksamkeit	.33**	.33**	.20*	.08	.07	.04	.09	.79***	.41***	.43***	-.11	-.18
11. Aufmerksamkeit	-.26*	-.24*	-.23*	-.21*	-.05	-.28*	.08	-.33**	-.30**	-.25*	.92***	.79***
12. Externalisierend	-.04	.03	-.10	-.14	-.03	-.24*	-.07	-.45***	-.47***	-.25*	.75***	.88***

Anmerkungen: Korrelation (Pearson, 1-seitig); *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; rechts oben Mütter / links unten Väter / diagonal Paarinterkorrelationen

Tabelle 3.3 Unterschiede bezüglich Partnerschafts- und Elternzufriedenheit sowie Befinden

	Gruppe 1 (n = 27)				Gruppe 2 (n = 18)				Gruppe 3 (n = 24)			
	Mütter		Väter		Mütter		Väter		Mütter		Väter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Partnerschaft												
Streitverhalten	2.19	.54	2.24	.45	2.56	.32	2.38	.45	2.54	.53	2.23	.60
Zärtlichkeit	1.63	.56	1.26	.52	2.09	.58	1.75	.56	2.01	.69	1.77	.78
Gemeinsamkeit	1.79	.55	1.64	.39	1.96	.61	2.11	.47	1.80	.71	1.82	.67
Gesamtwert	1.87	.48	1.71	.39	2.21	.42	2.08	.42	2.12	.54	1.94	.61
Elternschaft												
Zufriedenheit	36.69	7.24	38.47	7.26	38.28	7.44	41.36	7.10	43.21	5.37	43.38	5.59
Selbstwirksamkeit	26.38	5.63	25.43	4.25	24.42	5.24	25.18	4.50	27.81	5.40	27.95	6.44
Gesamtwert	63.07	10.76	63.93	9.52	62.74	10.64	66.58	10.54	71.02	7.60	71.36	9.77
Befinden												
psychisch	3.99	1.20	4.51	.86	4.30	.93	4.57	.67	4.76	.69	4.79	.56
körperlich	4.33	1.14	4.41	.96	4.33	.86	4.63	.82	4.71	1.05	4.73	.60
Gesamtwert	4.16	1.03	4.46	.81	4.32	.88	4.60	.67	4.75	.73	4.76	.53
	Geschlechtseffekt (1/66)			Interaktions- effekt (2/66)			Gruppeneffekt (2/66)					
	F	η^2	Effekte	F	η^2		F	η^2		Scheffé		
Partnerschaft												
Streitverhalten	5.16*	.08	M > V	2.96	.09		2.11	.06		G2 > G1, G3 > G1		
Zärtlichkeit	23.53***	.27	M > V	0.43	.01		5.31**	.14				
Gemeinsamkeit	0.01	.00		2.15	.06		2.05	.06				
Gesamtwert	8.92**	.12	M > V	0.07	.00		3.74*	.11		G2 > G1		
Elternschaft												
Zufriedenheit	3.18	.05		0.76	.02		6.97***	.17		G3 > G1		
Selbstwirksamkeit	0.00	.00		0.51	.02		2.65	.07		G3 > G1, G3 > G2		
Gesamtwert	1.62	.02		0.61	.02		6.21**	.16				
Befinden												
psychisch	3.71	.05		1.12	.03		4.61*	.12		G3 > G1		
körperlich	0.81	.01		0.28	.01		1.58	.05		G3 > G1		
Gesamtwert	2.38.	.04		0.55	.02		3.60*	.10				

Anmerkungen: *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; Gruppe 1 = Eltern von einem Jungen mit externalisierendem Verhalten und Aufmerksamkeitsproblemen / Gruppe 2 = Eltern von einem Jungen mit externalisierendem Verhalten / Gruppe 3 = Kontrollgruppe; M = Mütter / V = Väter

3.4.2.3 Elternzufriedenheit

Auch der Vergleich des elterlichen Selbstbildes resultierte in einem signifikanten multivariaten Gruppeneffekt ($F(2,66) = 7.08; p \leq .01; \eta^2 = .18$), wobei die beiden Elterngruppen mit auffälligen Knaben einen signifikant niedrigeren Gesamtwert als die Kontrollgruppe ($p \leq .01$) aufwiesen (siehe Tabelle 3.3). Bei der Elterngruppe 1 ließ sich dieser Unterschied in erster Linie auf eine signifikant niedrigere Zufriedenheit mit der Elternrolle ($p \leq .001$) zurückführen. Hingegen unterschied sich weder die elterliche Zufriedenheit noch die Selbstwirksamkeit der Gruppe 2 trotz niedrigeren Mittelwerten signifikant von der Kontrollgruppe, weshalb eine Beteiligung beider Subskalen bei der Entstehung des signifikanten Unterschieds beim Gesamtwert anzunehmen war. Weder die Geschlechtseffekte noch die Interaktionseffekte wurden signifikant.

3.4.3 Kanonische Korrelationsanalysen

Zur Spezifizierung der Ergebnisse wurden im Anschluss zur Erfassung des Zusammenhangs zwischen den drei Elternvariablen (Set1: Befinden, Partnerschaft, Elternzufriedenheit) und den beiden Kindvariablen (Set2: externalisierendes Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme) kanonische Korrelationen für beide Elternteile getrennt gerechnet (siehe Tabelle 3.4). Während die kanonische Korrelation der Gesamtwerte für die Mütter $r = .50$ ($\chi^2(6,62) = 22.78; p \leq .001$) betrug, fanden sich bei den Vätern zwei signifikante kanonische Zusammenhänge mit einer ersten Korrelation von $r = .47$ ($\chi^2(6,61) = 24.35; p \leq .001$) und einer zweiten von $r = .36$ ($\chi^2(2,65) = 8.95; p \leq .01$). Weitere kanonische Korrelationsanalysen mit den Subskalen der Elternvariablen (Set1: psychisches Befinden, Zärtlichkeit in der Partnerschaft sowie Zufriedenheit mit der Elternrolle), welche signifikante Unterschiede zwischen den 3 Gruppen zeigten (siehe oben), und den beiden Kindvariablen ergaben für die Mütter eine Korrelation von $r = .56$ ($\chi^2(6,62) = 27.81; p \leq .001$) und für die Väter $r = .49$ ($\chi^2(6,61) = 22.47; p \leq .001$) (siehe Tabelle 3.4).

Tabelle 3.4 Faktorladungen der kanonischen Korrelationen

Gesamtwerte	Mütter	Väter	
	r = .50	r ₁ = .47	r ₂ = .36
SET 1			
Befinden	.76	-.28	.87
Partnerschaft	.54	.13	.55
Elternzufriedenheit	.86	.87	.42
SET 2			
Externalisierend	-.94	-.91	-.42
Aufmerksamkeit	-.95	-.40	-.92
Sign. Subskalen	Mütter	Väter	
	r = .56	r = .49	
SET 1			
Psychisches Befinden	.53	.46	
Zärtlichkeit Partnerschaft	.76	.14	
Rollenzufriedenheit	.91	.92	
SET 2			
Externalisierend	-.96	-.99	
Aufmerksamkeit	-.93	-.69	

3.5 Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung sollten mittels eines Vergleiches von 3 Elterngruppen von Jungen mit unterschiedlichem Problemverhalten (unauffällig, externalisierendes Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme und externalisierendes Verhalten) differentielle Aussagen zum elterlichen Befinden gemacht werden. Zusätzliche Korrelationsanalysen dienten dazu, bestehende Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Befinden, der Partnerschaftszufriedenheit sowie der elterlichen Rollenzufriedenheit aufzuzeigen, und die erwähnten elterlichen Variablen mit der Intensität und dem Erscheinungsbild des kindlichen Problemverhaltens in Verbindung zu bringen.

Die Gruppenvergleiche zeigten, dass Eltern von einem Jungen mit Aufmerksamkeitsproblemen und externalisierendem Verhalten gegenüber der Kontrollgruppe über eine signifikant niedrigere affektive Erlebensqualität (mangelnde Freude und Erfüllung, Ängste, Anspannungen) im individuellen (psychisches Befinden), partnerschaftlichen (verminderte Zärtlichkeit) und erzieherischen Kontext (geringere Rollenzufriedenheit) berichteten. Signifikante Unterschiede zwischen der Elterngruppe mit einem externalisierenden Jungen ohne Aufmerksamkeitsprobleme und der Kontrollgruppe beschränkten sich auf eine gesamthaft ungünstigere elterliche Selbstbeurteilung kognitiver (Selbstwirksamkeitsüberzeugung) wie auch affektiver Aspekte (Rollenzufriedenheit) der Erziehung. Bei der Partnerschaftsqualität hoben sich dieselben durch günstigere Werte in Bezug auf Zärtlichkeit und Sexualität von Eltern von Knaben mit Aufmerksamkeitsproblemen und externalisierendem Verhalten ab. Eine mögliche Erklärung der ungünstigeren Einschätzung der Elternrolle beider betroffenen Elterngruppen wäre, dass Eltern von verhaltensauffälligen Kindern häufig Misserfolge in der Erziehung sowie ein negatives Feedback seitens der Umwelt erleben, wobei das kindliche Problemverhalten und elterliche Erziehungsdefizite (Inkonsequenz im Speziellen) durch koersive Zwangsprozesse gegenseitige Verstärkung und Aufrechterhaltung erfahren (siehe Bodenmann, Perrez, Schär & Trepp, 2004; Patterson, 1988).

Allerdings gaben die vorliegenden Ergebnisse auch Hinweise auf weitere interessante Unterschiede im Erleben der Elternschaft zwischen den zwei Elterngruppen mit verhaltensauffälligen Kindern, welche sich aufgrund der Übereinstimmungen bezüglich des sozioökonomischen Status, des Alters der Eltern, der Anzahl der Kinder, der Bildung und der Berufstätig-

keit nicht durch demographische Indikatoren erklären lassen. Betrachtete man die elterliche Einschätzung des kindlichen Verhaltens, so zeigten sich signifikante Unterschiede in der mütterlichen Einschätzung von externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten sowie von Aufmerksamkeitsproblemen zwischen allen drei Gruppen. Bei den Vätern hingegen unterschied sich die Einschätzung des externalisierenden Kindverhaltens nicht signifikant zwischen Gruppe 1 und 2. In Gruppe 1 wiederum zeigte sich eine signifikant ungünstigere Einschätzung des kindlichen Problemverhaltens durch die Mütter gegenüber den Vätern, was für Gruppe 2 nicht zutraf.

Während in den Korrelationsanalysen über alle 3 Gruppen hinweg bei den Müttern beide Bereiche kindlicher Verhaltensauffälligkeiten in einem ähnlichen Ausmaß mit den Elternvariablen korrelierten (siehe Tabelle 3.1 und 3.4), zeigten sich bei den Vätern je nach kindlicher Verhaltensauffälligkeit unterschiedliche Zusammenhänge. So konnte die väterliche Einschätzung von externalisierendem kindlichem Problemverhalten hauptsächlich mit einer niedrigeren Elternzufriedenheit im erzieherischen Kontext (Rollenzufriedenheit und Selbstwirksamkeitsüberzeugung) in Verbindung gebracht werden, hingegen wiesen die väterlichen Berichte bezüglich kindlicher Aufmerksamkeitsprobleme mit sämtlichen elterlichen Bereichen, dem väterlichen Befinden im Speziellen, signifikante Korrelationen auf, was auch durch die kanonischen Korrelationen sichtbar wurde (Tabelle 3.2 und 3.4). Aufgrund dieser Beobachtungen können die gefundenen Unterschiede zwischen den beiden auffälligen Gruppen nicht nur auf eine erhöhte Intensität kindlicher Verhaltensauffälligkeiten in der Gruppe 1 zurückgeführt werden, sondern es muss bei der Interpretation der Befunde von einer zusätzlichen Problematik im Zusammenhang mit Aufmerksamkeitsproblemen ausgegangen werden.

Die vorliegenden Ergebnisse stimmen mit bereits bestehenden Befunden überein, welche eine verstärkte Fokussierung auf problematisches Kindverhalten und Lernprobleme durch die Mütter belegten (Mash & Johnston, 1990; Cunningham, Benness & Siegel, 1988; Webster-Stratton, 1990). Dies lässt sich in erster Linie durch die Übernahme traditioneller Rollenmuster nach der Geburt des Kindes erklären, wobei die Mütter häufig den Alltag mit dem Kind zu meistern haben und sich stärker mit der Elternrolle identifizieren, während die Vater-Kind-Interaktion hauptsächlich bei Spielsituationen am Abend und Wochenende stattfindet. Gerade im Zusammenhang mit der ADHS, welche sich hauptsächlich in strukturierten Alltagssituationen wie Hausaufgaben zeigt, kommt dies noch stärker zum tragen. So konnten Cunningham und Kollegen (1988) durch direkte Verhaltensbeobachtung feststellen, dass sich Kinder mit

einer ADHS den Müttern gegenüber negativer und ungehorsamer verhielten, bei den Vätern aber keinen Unterschied zu unauffälligen Kindern sichtbar wurde. Infolge solcher gehäufte koersiver Eskalationsprozesse (Patterson, 1982) in der Mutter-Kind-Interaktion beginnen die Mütter im Gegensatz zu den Vätern nicht mehr klar zwischen Symptomen der ADHS und externalisierendem Verhalten (Aggression, Opposition) zu differenzieren, was aufgrund einer verstärkten Annahme eines kontrollierten und beabsichtigten Verhaltens der Kinder zu negativeren und emotionaleren Reaktionen seitens der Mütter führen kann (vgl. Mash & Johnston, 1990). Diese Geschlechtsunterschiede im Erleben des Kindes wie auch die hier bestätigten vielfältigen emotionalen Belastungen im Zusammenhang mit kindlichen Aufmerksamkeitsproblemen beider Elternteile können Spannungen und eine Entfremdung auf der Paarebene begünstigen (vgl. Gruppe 1), während übereinstimmende Wahrnehmungen von kindlichem Problemverhalten und Erziehungsproblemen die Eltern als Paar verbinden (vgl. Gruppe 2).

Während im Zusammenhang mit externalisierendem kindlichem Problemverhalten hauptsächlich die Beurteilung der Elternzufriedenheit tangiert wurde, zeigte sich bei der Elterngruppe 1 (Knabe mit Aufmerksamkeitsproblemen und externalisierendem Verhalten) eine zusätzliche bereichsübergreifende ungünstige emotionale Erlebensqualität und mangelnde Erfüllung. Das ungünstigere emotionale elterliche Klima (geringere Zufriedenheit, Anspannung, Ängste usw.) muss folglich nicht ausschliesslich mit Misserfolgen in der Erziehung in Zusammenhang gebracht werden, sondern kann auch direkt mit dem kindlichen emotionalen Verhalten sowie anderen elterlichen Charakteristika kovariieren (Coleman & Karraker, 2000). Doch scheint beim Vorhandensein einer kindlichen ADHS mit externalisierenden Komorbiditäten eine Abnahme der elterlichen Lebensqualität (Befindlichkeit, Partnerschaft) aufgrund erhöhter Belastungen durch das Kind, welche durch eine bestehende psychische und partnerschaftliche Vulnerabilität durchaus Begünstigung erföhre, am wahrscheinlichsten (vgl. auch Mash & Johnston, 1990).

Obwohl durch die vorliegende Untersuchung wichtige neue Erkenntnisse gewonnen wurden, muss bei der Interpretation der Befunde der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Einschätzung des kindlichen Verhaltens durch das Elternurteil erfolgte, welches infolge einer ungünstigeren emotionalen Befindlichkeit der Eltern negativen Verzerrungen unterliegen könnte. Eine Objektivierung der Befunde durch eine zusätzliche Einschätzung der Kinder durch Lehrpersonen wäre für zukünftige Untersuchungen wünschenswert. Mögliche signifikante Unterschiede kleineren oder mittleren Ausmaßes (z.B. psychisches Befinden) der El-

ternggruppe von Jungen mit externalisierendem Verhalten ohne Aufmerksamkeitsprobleme gegenüber den beiden anderen Elterngruppen konnten aufgrund der kleinen Stichprobe ($n = 19$) nicht eindeutig geklärt werden (vgl. Cohen, 1988). Hinzu kommt, dass es sich bei der befragten Stichprobe um eine gut gebildete Mittelschichtstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung handelte, während Eltern aus einer niedrigeren Schicht nicht miteinbezogen wurden. Weitere zukünftige Untersuchungen an größeren und repräsentativeren Stichproben über mehrere Messzeitpunkte hinweg wären sicherlich von Interesse.

Unabhängig von der Frage nach der Kausalität zwischen den in dieser Studie untersuchten Variablen, scheint in Anbetracht der Befunde eine Stärkung der Familien mit verhaltensauffälligen Kindern und deren Entwicklung durch eine gezielte Vermittlung von elterlichen Kompetenzen angebracht. Je nach familiärem Bedürfnis ist, neben der Vermittlung von Erziehungskompetenzen und der Förderung der Elternidentität, die Erschließung emotionaler Unterstützungs- und Regenerationsquellen im partnerschaftlichen Kontext, wie beispielsweise gemeinsame hedonistische Tätigkeiten oder gegenseitige Unterstützungshandlungen, zur Förderung der affektiven Erlebensqualität (vgl. Elterngruppe 1) indiziert.

Ein weiteres Augenmerk bedarf es in Anbetracht, der auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigten konservativen Rollenverteilung und den damit verbundenen Geschlechtsunterschieden im Erleben der Elternschaft, auf die Realisierbarkeit einer egalitären Rollenverteilung, welche sich beispielsweise durch flexible und familienfreundliche Arbeitszeiten, finanzielle Entlastungen der Familien oder Verbesserungen der Angebote für familienexterne Kinderbetreuung erzielen ließe (vgl. Bodenmann & Hahlweg, 2003).

4 Erziehungskonflikte und die Rolle des dyadischen Copings

Erschien als: Gabriel, B. & Bodenmann, G. (2006). Elterliche Kompetenzen und Erziehungskonflikte: Eine ressourcenorientierte Betrachtung von familiären Negativdynamiken. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (1), 9-18.

4.1 Zusammenfassung / Abstract

Theoretischer Hintergrund und Fragestellung: Verschiedene Studien belegen, dass Ehekonflikte eine wichtige Rolle in der familiären Negativdynamik gerade in Familien mit verhaltensauffälligen Kindern spielen. In der vorliegenden Studie soll aufgezeigt werden, wie selbstberichtete Erziehungskonflikte mit elterlichen Kompetenzen in den Bereichen Erziehung, Partnerschaft und Stressbewältigung kovariieren. *Methode:* Es wurden Korrelationen, multiple Regressionsanalysen, Pfadanalysen sowie Analysen mit dem APIM-Modell bei einer Stichprobe von 96 Elternpaaren durchgeführt. *Ergebnisse:* Alle drei Kompetenzen kovariierten in unterschiedlichem Ausmaß mit elterlichen Erziehungskonflikten, wobei der partnerschaftlichen Stressbewältigung eine Schlüsselrolle zukam. *Schlussfolgerung:* Die Ergebnisse sprechen dafür, dass neben der Vermittlung von Erziehungskompetenzen die Förderung der partnerschaftlichen Belastungsbewältigung für die Prävention von Negativdynamiken in Familien von großem Nutzen sein könnte.

Background: Several studies document the important role of child-related interparental conflicts for the development of a negative interpersonal dynamic in families of children with behavioral problems. In this study the relationship between coping with regard to parenting and stress with reported child-related marital discord are focused. *Method:* Data from 96 couples (mothers and fathers) are used to conduct correlations, multiple regressions, pathanalyses and analyses based on the APIM, in order to examine the role of parental competencies such as positive parenting and individual and dyadic coping with regard to child-related marital conflicts. *Results:* All three parental competencies are negatively related to parental discords, but the strongest correlations are found between dyadic coping and child-related conflicts. *Conclusion:* The results suggest that in addition to the enhancement of parenting competencies,

the promotion of coping with stress in marital relationships should be strengthened in order to prevent negative dynamics in families.

4.2 Einleitung

Neben genetischen, biologischen und sozioökonomischen Faktoren werden kindliche Verhaltensauffälligkeiten häufig mit ungünstigen intrafamiliären Interaktionen in Verbindung gebracht (z.B. Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2002; Gershoff, 2002; Krishnakumar & Buehler, 2000). Innerhalb der familiären Variablen erfuhren insbesondere der elterliche Erziehungsstil (siehe zum Überblick Lukesch, Perrez & Schneewind, 1980; Schneewind, 1999) und Partnerschaftskonflikte (Cummings & Davies, 2002; Gershoff, 2002; Krishnakumar & Buehler, 2000; Zimet & Jacob, 2001) im Zusammenhang mit einer ungünstigeren kindlichen Entwicklung eine breite empirische Fundierung. So wurden die beiden Faktoren „elterliche Wärme“ (Fürsorge, Liebe, Zuneigung, Geborgenheit) und „elterliche Kontrolle“ (klare Regeln, Grenzssetzungen, Strukturen) in mehreren Untersuchungen als relevante Prädiktoren für eine gesunde Entwicklung bestätigt, während auf der anderen Seite elterliche Defizite bei der Umsetzung dieser beiden Faktoren mit kindlichen Verhaltensauffälligkeiten kovariierten (z.B. Rapee, 1997). Die elterliche Partnerschaft, als zweiter familienrelevanter Prädiktor, erwies sich in mehreren Studien als bedeutsam für die Entwicklung des Kindes. Es liegt heute ausreichende empirische Evidenz vor, welche den destruktiven Zusammenhang zwischen chronischen elterlichen Konflikten und kindlichen Auffälligkeiten beschreibt (z.B. Cummings, Goeke-Morey & Papp, 2004). Interessant sind dabei die Versuche, die Konstrukte „elterliche Erziehung“ und „elterliche Partnerschaft“ miteinander in Verbindung zu bringen, was mit dem Begriff der „Elternallianz“ oder des „Coparenting“ (Cohen & Weissman, 1984) vorgeschlagen wurde. Das Konstrukt wird in neueren Forschungsarbeiten zum familiären Funktionsniveau immer häufiger berücksichtigt (Feinberg, 2002; McHale, Lauretti, Talbot & Pouquette, 2002).

Die Elternallianz ist definiert als die Fähigkeit eines Elternteiles, im Sinne eines wechselseitigen Unterstützungssystems, die Elternrolle und –aufgabe des anderen zu kennen, zu respektieren und wertzuschätzen (Cohen & Weissmann, 1984). Sie bildet die Grundlage für eine angemessene Bewältigung des Überganges zur Elternschaft sowie der darauffolgenden Erzie-

hungsaufgabe, welcher wegweisende Bedeutung für eine gesunde Familienentwicklung zu kommt (vgl. Feinberg, 2002; Schneewind, 1999). Infolge der Weiterentwicklung dieses Konstruktes in den vergangenen Jahren erwiesen sich 1) die Unterstützung des Partners in seiner Elternrolle, 2) die Übereinstimmung in der Kindererziehung versus Erziehungsdifferenzen, 3) eine zufriedenstellende Verteilung der Erziehungsaufgaben sowie 4) ein angemessenes partnerschaftliches Interaktionsmuster als die vier wichtigsten miteinander interagierenden Komponenten einer günstigen Elternallianz (z.B. Belsky, Putnam & Crnic, 1996; Cowan & Cowan, 2000; Margolin, Gordis & John, 2001). Untersuchungen zu Faktoren, welche die Elternallianz fördern, sind bisher hingegen rar (z.B. Belsky, Crnic & Gable, 1995; Hughes, Gordon & Gaertner, 2004). Es kann davon ausgegangen werden, dass individuelle Eigenschaften der Eltern auf der affektiven (Befinden, Depression), kognitiven (Überzeugungen, Einstellungen) und behavioralen Ebene (Erziehung, Stressbewältigung), das kindliche Temperament sowie die Partnerschaftsqualität einschließlich Intimität und Kommunikationsstil wichtige Einflussfaktoren darstellen (vgl. Bodenmann, 2003; Feinberg, 2002; Schneewind, 1999). Aufgrund der Tatsache, dass die Elternschaft täglich hohe Anforderungen an die Partner stellt (Neudefinition der Rollen, elterliche Identitätsfindung, kindbezogene Anforderungen, finanzielle Belastungen usw.; vgl. z.B. Belsky, Putnam & Crnic, 1996; Cowan & Cowan, 2000; Schneewind, 1999), ist der Einbezug der elterlichen Stress- und Belastungsbewältigung naheliegend (vgl. Feinberg, 2002).

Das aus dem Zusammentreffen der verschiedenen erwähnten Variablen resultierende Stressniveau kann bei defizitären Bewältigungskompetenzen zu einer Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit (Bodenmann, 2000) und einem Anstieg der Negativität in der Kommunikation führen (Bodenmann, Perez & Gottman, 1996). Dieser Spillover-Effekt von elterlichem Stress auf die Partnerschaft (z.B. Bolger, DeLongis, Kessler & Wethington, 1989) kann sich wiederum negativ auf die Beziehung zum Kind auswirken (vgl. Überblicksarbeit von Krishnakumar & Buehler, 2000). Gestresste Eltern zeigen verminderte positive Interaktionen mit dem Kind, ein ungünstigeres Erziehungsverhalten (härteres disziplinarisches Vorgehen oder Inkonsistenz) und einen Anstieg in der selbstperzipierten Belastung infolge des Kindes, einhergehend mit einem negativeren Familienklima (Bodenmann, 2003; Cummings & Davies, 2002; Kitzmann, 2000; Grych & Fincham, 1990; Repetti & Wood, 1997; Zimet & Jacob, 2001). Die Förderung einer funktionalen Elternallianz bei gleichzeitiger Minimierung von Erziehungskonflikten stellt entsprechend einen wichtigen Ansatzpunkt für die Prävention und Intervention gerade im Zusammenhang mit kindlichem Problemverhalten dar (vgl. Berger & Hanna,

1999; Feinberg, 2002). Auf die Relevanz partnerschaftlicher Unterstützung als Grundvoraussetzung für die Bewältigung der elterlichen Erziehungsaufgaben und den Umgang mit täglichen Belastungen in der Familie wurde bereits durch die Untersuchung von Dadds, Schwartz und Sanders (1987) hingewiesen. Die Rolle der partnerschaftlichen Unterstützung gewann in neueren Studien (z.B. Bouchard & Lee, 2000) zudem im Zusammenhang mit elterlicher Adaption, Stress, Wohlbefinden, Erziehung sowie kindlicher Entwicklung vermehrt an Aufmerksamkeit (z.B. Button, Pianta & Marvin, 2001). Es besteht die Annahme, dass die partnerschaftliche Unterstützung (dyadisches Coping) als empirisch belegte Grundvoraussetzung der Partnerschaftszufriedenheit (Bodenmann, 2000; 2004) auch eine wichtige Basis für eine funktionale Elternallianz darstellt (Feinberg, 2002).

In der vorliegenden Untersuchung interessierte vor allem das Konstrukt des dyadischen Copings (vgl. Bodenmann, 2000; 2004) im Zusammenhang mit der Elternallianz. Unter dyadischem Coping wird der gemeinsame Umgang der Partner (Stresskommunikation und Unterstützungshandlungen) zur Bewältigung von partnerschaftsexternem Stress verstanden. Neben positivem dyadischem Coping (ein Partner hilft dem anderen bei seiner Stressbewältigung) und gemeinsamem dyadischem Coping (beide Partner involvieren sich symmetrisch in die Stressregulation) finden auch negative Formen (hostiles, ambivalentes und floskelhaftes dyadisches Coping) Berücksichtigung. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, die Zusammenhänge von elterlichen Erziehungskonflikten und elterlichen Kompetenzen in den Bereichen Partnerschaft, Stressbewältigung und Erziehung zu untersuchen. Es wird erwartet, dass niedrige Erziehungskompetenzen und geringe Copingfertigkeiten positiv mit Erziehungskonflikten korrelieren, und die partnerschaftliche Unterstützung, als Grundlage gemeinsamer Bewältigung der Erziehungsaufgabe, den größten Vorhersagewert für Erziehungsdifferenzen besitzt.

4.3 Methode

4.3.1 Stichprobe

An der Befragung nahmen 96 Elternpaare mit einem Kind (82 Knaben und 14 Mädchen) im Alter zwischen 6 und 14 Jahren ($M = 9.85$; $SD = 2.08$) teil. Das durchschnittliche Alter der

Mütter betrug 39.5 Jahre ($SD = 4.68$; $Range = 29-50$) und das der Väter 41.6 Jahre ($SD = 5.43$; $Range = 29-58$). Die Paare hatten ein bis sechs Kinder ($M = 2.34$; $SD = .79$). Bei den befragten Elternpaaren handelte es sich um eine gut verdienende Mittelschichtseltern. Die Kinder lagen im Urteil beider Elternteile (CBCL: Achenbach & Edelbrock, 1983) bezüglich externalisierendem und internalisierendem Verhalten zu mehr als 60% im kritischen und auffälligen Bereich (vgl. Normwerte für die Schweiz: Steinhausen, Metzke & Kannenberg, 1996), wobei eine normalverteilte Streuung über die Stichprobe vorlag.

Die Paare (Mütter: $M = 60.64$; $SD = 15.24$; Väter: $M = 57.02$; $SD = 15.23$) erwiesen sich als mehrheitlich zufrieden mit ihrer Partnerschaft (PFB: Hahlweg, 1996a). Die abhängigen t-Tests zeigten Unterschiede zwischen den Müttern und Vätern bezüglich des Alters (Väter signifikant älter; $t(95) = 4.8$, $p \leq .001$) und der Partnerschaftszufriedenheit (bei den Müttern höher; $t(94) = -3.12$, $p < .01$). Bei den Erziehungskonflikten hingegen fanden sich kein signifikanter Geschlechtsunterschiede ($t(92) = -1.20$; *ns.*).

4.3.2 Durchführung

Die Rekrutierung der Eltern erfolgte über Schulen und Elternvereinigungen in der Schweiz. Die Eltern, welche an einer Teilnahme interessiert waren, konnten mit einem Anmeldetalon die Fragebogen beim Institut anfordern. Die Fragebogen wurden nach Hause geschickt und sollten, von beiden Eltern unabhängig voneinander ausgefüllt, innerhalb von zwei Wochen mittels eines beigelegten Antwortumschlages zurückgesandt werden.

4.3.3 Verwendete Fragebogen

Demographische Angaben

Die Eltern wurden bezüglich Alter, Geschlecht, Zivilstand, Ausbildung, Beruf, Anstellungsprozente, Einkommen und Kinder befragt.

Partnerschaftsfragebogen (PFB)

Der Gesamtwert des PFB (Hahlweg, 1996a) setzt sich aus 30 Items zusammen (mit den Subskalen Zärtlichkeit, Streitverhalten und Gemeinsamkeit; Beispielitem: „Sie/Er nimmt mich in

den Arm.“, „Wir schmieden gemeinsame Zukunftspläne.“, „Wenn wir streiten, können wir nie ein Ende finden.“) ($\alpha = .94$). Der Fragebogen wurde lediglich zur Beschreibung der Stichprobe verwendet.

Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen (BS-CBCL)

Beim Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen handelt es sich um eine deutsche Übersetzung (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) der „Child Behavior Checklist“ (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983). Die Items (3-stufig) des Gesamtwertes ($\alpha = .97$) erheben die elterliche Einschätzung der Kompetenzen, körperlichen Beschwerden sowie die behavioralen und emotionalen Auffälligkeiten ihrer Kinder und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren der letzten sechs Monate. Zur Auswertung wurden die Skala *externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* ($\alpha = .95$) mit 30 Items (aggressives und delinquentes/dissoziales Verhalten; Beispielitem: „Ist roh und gemein zu anderen und schüchtert sie ein.“) und die Skala *internalisierende Verhaltensauffälligkeiten* ($\alpha = .90$) mit 32 Items (sozialer Rückzug, Ängstlichkeit/Depressivität und körperliche Beschwerden; Beispielitem: „Fühlt sich wertlos und unterlegen.“) verwendet. Die Skalen haben sich als hinreichend konsistent erwiesen und eignen sich unter anderem zur Testung von möglichen Korrelaten der verschiedenen kindlichen Auffälligkeiten (Achenbach, Dumenci & Rescorla, 2001; Steinhausen et al., 1996).

Erziehungsfragebogen für Eltern (EFB)

Beim EFB handelt es sich um eine modifizierte deutsche Fassung der „Parenting Scale“ (Arnold, O’Leary, Wolff & Acker, 1993), dessen Gesamtwert ($\alpha = .81$) den Erziehungsstil und Erziehungsstrategien bezüglich Inkonsistenz ($\alpha = .78$) (Anzahl Items: 11; Beispielitem: „Wenn mein Kind ungezogen ist, reagiere ich gleich oder erst später darauf.“) und Überreagieren ($\alpha = .78$) (Anzahl Items: 9; Beispielitem: „Wenn mein Kind ungezogen ist oder sich unangemessen verhält...hebe ich meine Stimme / schreie mein Kind an oder spreche ruhig mit ihm.“) im Zusammenhang mit kindlichem Problemverhalten auf einer siebenstufigen bipolaren Skala erfasst. Der EFB besitzt eine befriedigende diskriminative Validität und eine hinreichende Konsistenz (Arnold, O’Leary, Wolff & Acker, 1993).

Erziehungs-Konflikt-Skala (EKS)

Der EKS ist die deutsche Fassung der „Parent Problem Checklist“ (PPC) von Dadds und Powell (1991). Der Gesamtwert des Fragebogens ($\alpha = .83$) erfasst mit 16 dichotomen Items Probleme im Zusammenhang mit der Kindererziehung (Übereinstimmung in der Erziehung, Erziehungskonflikte und gegenseitiges Schwächen) in den letzten vier Wochen wie auch deren Intensität mittels sieben Stufen (Beispielitem: „Streit in der Gegenwart der Kinder“, „Meinungsverschiedenheit über die Art der Bestrafung der Kinder“, „Mangel an Austausch der Partner über die Kindererziehung“). Der EKS besitzt eine hinreichende Konsistenz und eine hohe Test-Retest-Reliabilität (Dadds & Powell, 1991).

Fragebogen zur Erfassung des individuellen Copings (Incope)

Der Incope (Bodenmann, 2000) erfasst mittels 21 fünfstufigen Items ($\alpha = .74$) individuelle Copingstrategien. *Positive Copingstrategien* ($\alpha = .75$) beinhalten positive Palliation, sachliche und emotionale Informationssuche, Umbewertung, Humor, aktive Einflussnahme, soziale Unterstützungssuche und positive Selbstverbalisation (Anzahl Items: 12). *Negative Copingstrategien* ($\alpha = .66$) erfassen Informationsunterdrückung, negative Palliation, Rumination, Vorwürfe, sozialer Vergleich und negativer emotionaler Vorwurf (Anzahl Items: 9). Der Fragebogen hat sich seit Jahren bewährt (Bodenmann, 2000).

Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings (FDCT-N)

Der Gesamtwert ($\alpha = .94$) des FDCT-N (Bodenmann, 2000) umfasst 41 Items. Die Items werden auf einer fünfstufigen Skala („nie bis sehr oft“) beantwortet. Die dyadischen Bewältigungsstrategien beinhalten eigene Stresskommunikation ($\alpha = .84$) (Anzahl Items: 6; Beispielitem: „Dem Partner zeigen, dass man sich belastet fühlt“), Stresskommunikation des Partners ($\alpha = .83$) (Anzahl Items: 4; Beispielitem: „Der Partner bittet mich Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen.“), eigenes supportives dyadisches Coping ($\alpha = .84$) (Anzahl Items: 7; Beispielitem: „Ich höre meinem Partner zu, wenn er Stress hat.“), supportives dyadisches Coping des Partners ($\alpha = .91$) (Anzahl Items: 7; Beispielitem: „Mein Partner gibt mir das Gefühl, dass er mich versteht.“), eigenes negatives dyadisches Coping ($\alpha = .68$) (Anzahl Items: 5; Beispielitem: „Ich mache mich über den Stress meines Partners lustig.“), negatives dyadisches Coping des Partners ($\alpha = .80$) (Anzahl Items: 5; Beispielitem: „Mein Partner möchte nicht mit meinen Problemen behelligt werden.“) und gemeinsames dyadisches

Coping ($\alpha = .87$) (Anzahl Items: 6; Beispielitem: „Wir versuchen gemeinsam das Problem zu bewältigen.“). Die Kriteriums- und Konstruktvalidität ebenso die prognostische Validität konnten nachgewiesen werden (Bodenmann, 2000).

4.4 Ergebnisse

Neben Korrelationen wurden zur Analyse der Zusammenhänge zwischen elterlichen Kompetenzen und Erziehungskonflikten multiple Regressionsanalysen (Methode mit schrittweiser Eingabe) und Pfadanalysen (EQS-Programm von Bentler, 2004) durchgeführt. Da sich allerdings die Angaben der Mütter und Väter außer im Zusammenhang mit den Copingkompetenzen signifikant voneinander unterschieden (t-Tests für abhängige Stichproben), wurden keine über beide Eltern gemittelten Werte verwendet, sondern die Analysen nach Geschlecht getrennt durchgeführt.

Tabelle 4.1 Interkorrelationen der verwendeten Fragebogen (N = 96 Paare)

	EKS	EFB	INCOPE	FDCT	externalisierend	internalisierend
EKS	.37***	.28**	-.39***	-.55***	.41***	.43***
EFB	.18+	.31**	-.48***	-.27**	.30**	.05
INCOPE	-.27**	-.40***	.23*	.52***	-.30**	-.22*
FDCT	-.35***	-.23*	.38***	.72***	-.21*	-.17
externalisierend	.28**	.32**	-.20*	-.12	.85***	.57***
internalisierend	.20*	.21*	-.23*	-.15	.62**	.80***

Anmerkungen: Korrelation (Pearson, 2-seitig); rechts oben Mütter / links unten Väter / diagonal Paarinterkorrelationen:

EKS: Erziehungs-Konflikt-Skala

EFB: Erziehungsfragebogen für Eltern

INCOPE: Fragebogen zur Erfassung des individuellen Copings

FDCT: Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings

Externalisierend: Skala externalisierende Verhaltensauffälligkeiten des CBCL

Internalisierend: Skala internalisierende Verhaltensauffälligkeiten des CBCL

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$, + $p \leq .10$

Es zeigte sich, dass eine Reihe der verwendeten Fragebogen signifikante Interkorrelationen aufwiesen (siehe Tabelle 4.1). Der Durbin-Watson-Test zur Überprüfung von systematischen Verbindungen zwischen den Residuen benachbarter Fälle lag bei sämtlichen Analysen in der Nähe von 2, was auf keine relevanten Autokorrelationen schließen liess.

4.4.1 Elterliche Kompetenzen als Prädiktoren von Erziehungskonflikten

In den Regressionsanalysen mit schrittweiser Eingabe der Prädiktoren (mütterliche Gesamtwerte bezüglich Erziehung, individuelles und dyadisches Coping) (siehe Tabelle 4.2) erwies sich ein niedriger Gesamtwert des dyadischen Copings als bedeutendster Prädiktor, welcher 28.9% der Varianz der mütterlichen Erziehungskonflikte ($F(1,92) = 38.89; p \leq .001$) sowie 5.1% der väterlichen Einschätzung der Konflikte aufzuklären vermochte ($F(1,91) = 5.93; p \leq .05$). Auch in den Regressionsanalysen mit den väterlichen Variablen als Prädiktoren (väterliche Gesamtwerte bezüglich Erziehung, individuelles und dyadisches Coping) (siehe Tabelle 4.2), erlaubte der Gesamtwert für das dyadische Coping eine Vorhersage von 11.3% der Varianz der väterlichen ($F(1,90) = 12.58; p \leq .001$) und 7.2% der mütterlichen Erziehungskonflikte ($F(1,91) = 8.11; p \leq .01$). Sowohl das individuelle Coping als auch die Erziehungskompetenzen klärten neben dem dyadischen Coping trotz grösstenteils signifikanter Interkorrelationen mit den Erziehungskonflikten (siehe Tabelle 4.1) keine zusätzliche Varianz auf.

Tabelle 4.2 Regressionsanalyse zur Vorhersage elterlicher Erziehungskonflikte

Mütterliche Angaben bezüglich Erziehungskonflikte (N = 94)

Gesamtwerte	Mütter		Väter	
	Beta	t	Beta	t
Dyadisches Coping	-.55	-6.24***	-.29	-2.85***
Individuelles Coping	-.15	-1.45	-.14	-1.29
Erziehungskompetenzen	.14	1.52	.19	1.85

Väterliche Angaben bezüglich Erziehungskonflikte (N = 93)

Gesamtwerte	Mütter		Väter	
	Beta	t	Beta	t
Dyadisches Coping	-.25	-2.44*	-.35	-3.55***
Individuelles Coping	.03	.29	-.16	-1.53
Erziehungskompetenzen	-.02	-.17	.11	-1.05

Anmerkung: Es wurden pro Bericht bezüglich Erziehungskonflikte für jeden Elternteil je 2 Regressionsanalysen mit verschiedenen Gruppen von Prädiktoren durchgeführt: 1. Mütterliche Gesamtwerte 2. Väterliche Gesamtwerte / ***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05, +p ≤ .1

4.4.2 Die Subskalen der elterlichen Kompetenzfragebogen als Prädiktoren elterlicher Erziehungskonflikte

Zur Differenzierung der Ergebnisse erfolgten zur Vorhersage der Erziehungskonflikten pro Elternteil sechs weitere Regressionsanalysen, in denen die Subskalen der drei Fragebogen (FDCT, Incope und EFB) einzeln berücksichtigt wurden (siehe Tabelle 4.3). Die Vorhersage von 36.2% der Varianz der von den Müttern eingeschätzten Erziehungskonflikte durch die mütterliche Einschätzung des dyadischen Copings ergab sich in einem ersten Schritt (Modell 1) durch das negative dyadische Coping des Partners mit einer Varianzaufklärung von 33.1% und einer zusätzlichen Aufklärung der Varianz von 4.9% durch niedrige Werte beim gemeinsamen dyadischen Coping in einem zweiten Schritt (Modell 2). In einer zweiten Analyse mit schrittweiser Einführung der Subskalen des dyadischen Copings der Väter, erreichte ein geringes Ausmass an eigenem supportivem dyadischen Coping eine Prädiktion von 11.4% der mütterlichen Erziehungskonflikte. Infolge der Regressionsanalysen zur Vorhersage der von den Vätern eingeschätzten Erziehungskonflikten durch das dyadische Coping aus der Sicht der Väter erwies sich das eigene negative dyadische Coping mit einer Varianzaufklärung von 13.8% (Modell 1) als wichtigster Prädiktor. Ein kleines Ausmass an eigenem supportivem dyadischen Coping erzielte in einem zweiten Schritt (Modell 2) mit 4.4% eine zusätzliche Erhöhung der Vorhersage, welche mit einer weiteren zusätzlichen Varianzaufklärung von 4% durch mangelnde Stresskommunikation der Partnerin (Modell 3) insgesamt 22.2% erreichte. In einer weiteren Analyse zur Vorhersage der väterlichen Berichte durch die Einschätzung des dyadischen Copings der Mütter ergab sich eine Varianzaufklärung von 7.3% durch ein niedriges supportives Coping des Partners (siehe Tabelle 4.3).

In den multiplen Regressionsanalysen zur Prädiktion der elterlichen Erziehungskonflikte durch das individuelle Coping klärte in einer ersten Analyse das mütterliche dysfunktionale individuelle Coping 10.8% und in einer zweiten Analyse das väterliche dysfunktionelle individuelle Coping 3.4% der Varianz der Erziehungskonflikte der Mütter auf. Nur einen kleinen Anteil der Varianz der von den Müttern eingeschätzten Erziehungskonflikte konnte durch die beiden Analysen mit schrittweisem Einbezug der Erziehungskompetenzen der Mütter sowie der Väter erzielt werden (siehe Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3 Regressionsanalyse zur Vorhersage elterlicher Erziehungskonflikte durch schritt-weise Einführung der Subskalen der 3 Kompetenzen

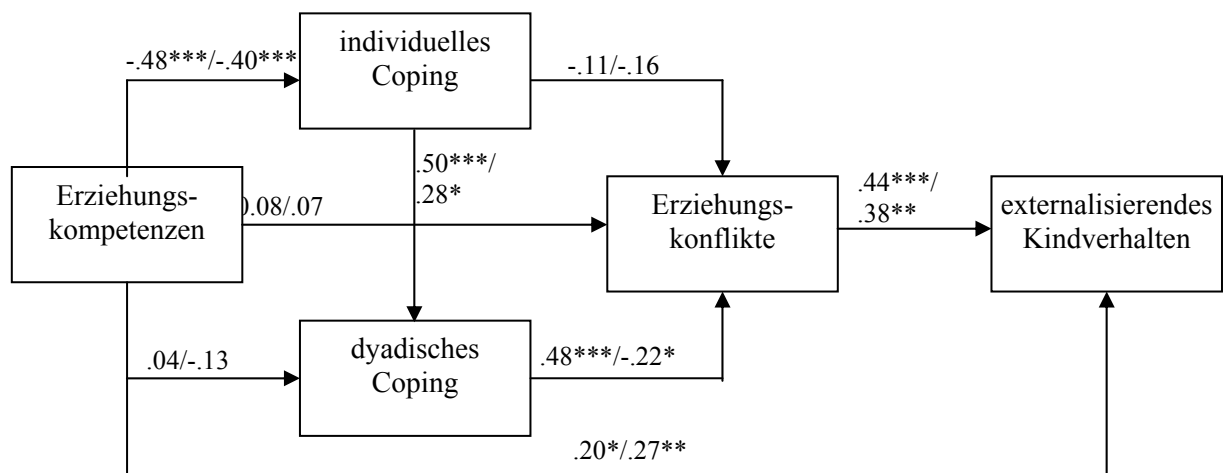
	Mütterliche Erziehungskonflikte (N = 94)				Väterliche Erziehungskonflikte (N = 93)			
Dyadisches Coping	Mütter		Väter		Mütter		Väter	
	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t
Negatives Coping Partner	.42	4.21***	-.13	-1.17	.15	1.08	.29	2.81**
Supportives Coping Partner	-.10	-.66	-.05	-.40	-.29	-2.87**	-.25	-1.61
Stresskommunikation Partner	-.02	-.17	-.01	-.08	.06	.44	.20	1.60
Eigenes negatives Coping	-.04	-.39	-.11	-.95	.01	.06	.01	.07
Eigenes supportives Coping	.11	1.13	-.35	-3.57***	.06	.45	-.38	-3.28**
Eigene Stresskommunikation	.04	.48	.05	.44	.18	1.46	.26	2.35*
Gemeinsames Coping	-.29	-2.87**	-.21	-1.57	.06	.35	-.27	-1.86+
Erklärte Varianz (korr. R ²)	38%		11.4%		7.3%		22.2%	
Modellpassung F (2,91)	29.48***		12.75***		8.26**		9.55***	
individuelles Coping	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t
Negatives Coping	.34	3.50***	.09	.92	-	-	-	-
Positives Coping	-.20	-1.96+	-.21	-2.06*	-	-	-	-
Erklärte Varianz (korr. R ²)	10.8%		3.4%		-		-	
Modellpassung F (1,92)	12.26***		4.25*		-		-	
Erziehung	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t
Inkonsistenz	.27	2.66**	.20	2.00*	-	-	-	-
Überreagieren	.07	.67	.12	1.10	-	-	-	-
Erklärte Varianz (korr. R ²)	6.2%		3.1%		-		-	
Modellpassung F (1,92)	7.10**		4.00*		-		-	

Anmerkung: Es wurden pro Bericht bezüglich Erziehungskonflikte für jeden Elternteil je 2 Regressionsanalysen mit verschiedenen Gruppen von Prädiktoren durchgeführt: 1. Mütterliche Gesamtwerte
2. Väterliche Gesamtwerte / ***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05, +p ≤ .1

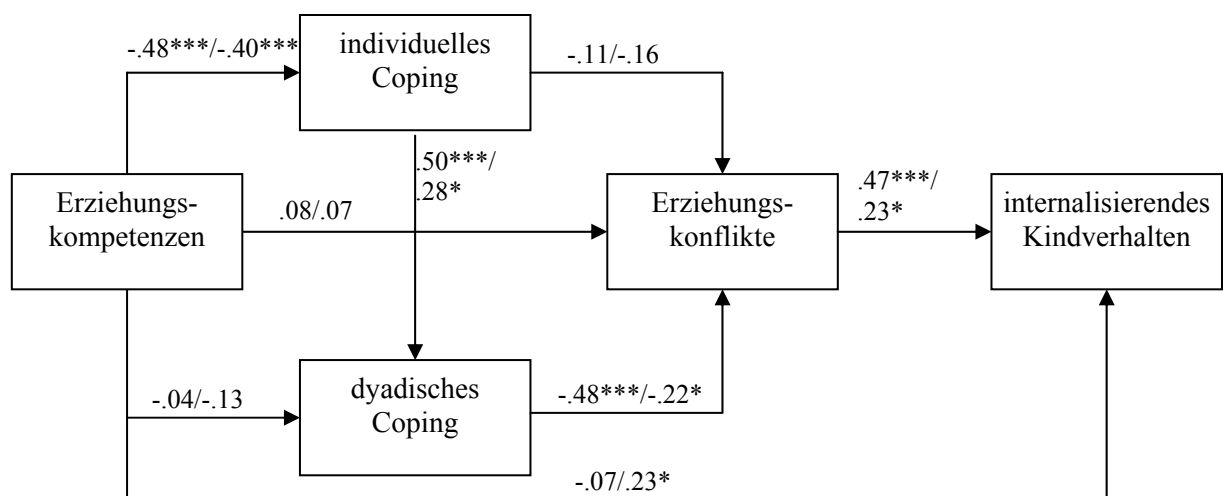
4.4.3 Pfadanalytische Zusammenhänge

Zur differenzierteren Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den Variablen wurden Pfadanalysen gerechnet (siehe Abbildung 4.1). Die signifikanten Pfadkoeffizienten sowie die Testgüte (Goodness of Fit) des Bentler-Bonnet-Norm-Index für die Angaben der Mütter (*BFI* = externalisierend: .99; internalisierend: .98) und der Väter (*BFI* = externalisierend: .99; internalisierend: .97) sprachen für die Gültigkeit der gefundenen Pfadmodelle. Einzig beim Modell der väterlichen Angaben zum externalisierenden Kindverhalten verwies der signifikante Chi-Quadrat-Wert (siehe Abbildung 4.1) auf eine schwächere Passung.

Die Analysen zeigten, wie bereits die vorhergegangenen Regressionsanalysen, dass die Zusammenhänge der individuellen Stressbewältigung wie auch der Erziehungskompetenzen mit den Angaben bezüglich Erziehungskonflikte nicht signifikant wurden. Die elterlichen Erziehungskompetenzen wiesen keinen direkten Zusammenhang mit dem dyadischen Coping wohl aber mit dem individuellen Coping auf, welches wiederum mit dem dyadischen Coping signifikant korrelierte. Die elterliche Einschätzung des externalisierenden und internalisierenden Kindverhaltens zeigte eine starke Kovarianz mit Erziehungskonflikten. Gerade bei den Vätern wies die Erziehungskompetenz neben den Erziehungskonflikten mit den Berichten zu kindlichen Verhaltensauffälligkeiten signifikante Verbindungen auf (siehe Abbildung 4.1).



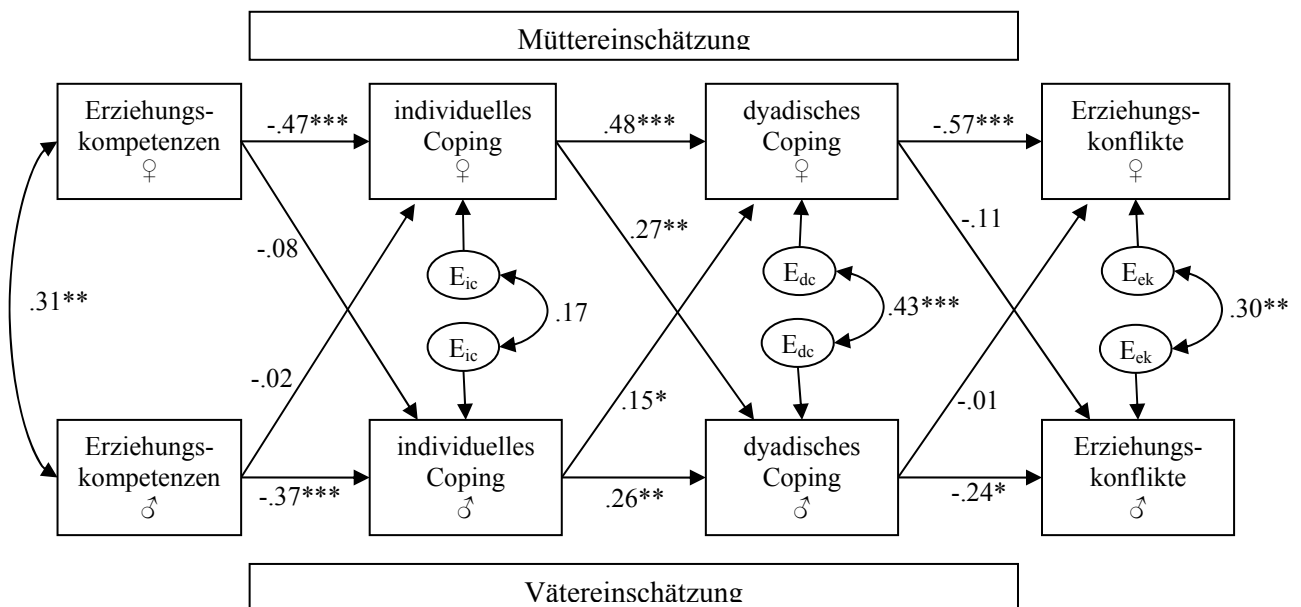
Anmerkungen: Der erste Pfadkoeffizient stellt den Wert der Frauen, der zweite derjenige der Männer dar. Das Modell wurde mit EQS-Programm von Bentler (2004) gerechnet, dessen Güte für die Frauen ($\chi^2(2/94) = 1.79$; ns.) und nicht aber für die Männer ($\chi^2(2/94) = 0.57$; $p \leq .05$) gegeben ist.



Anmerkungen: Der erste Pfadkoeffizient stellt den Wert der Frauen, der zweite derjenige der Männer dar. Das Modell wurde mit EQS-Programm von Bentler (2004) gerechnet, dessen Güte für die Frauen ($\chi^2(2/94) = 2.73$; ns.) und für die Männer ($\chi^2(3/94) = 1.73$; ns.) gegeben ist.

Abbildung 4.1 Effekte der elterlichen Kompetenzen im Umgang mit der Erziehung und Stress auf die Erziehungskonflikte und deren Einfluss auf a) externalisierendes und b) internalisierendes Verhalten des Kindes ($N = 96$ Paare).

Zur zusätzlichen Überprüfung möglicher Crossover-Effekte zwischen den beiden Elternteilen erfolgte im Anschluss die Berechnung eines Akteur-Partner-Modells (vgl. Akteur-Partner-Interdependenz-Model nach Kenny & Cook, 1999; siehe Abbildung 4.2), wobei die Akteureffekte zwecks Vereinfachung auf die signifikanten Pfade des vorhergehenden Modells beschränkt wurden (vgl. Abbildung 1). Auch hier bestätigten die signifikanten Pfadkoeffizienten, die Testgüte ($BFI = .94$) sowie der nicht-signifikante Chi-Quadrat-Wert (siehe Abbildung 4.2) die Gültigkeit des Modells. Signifikante Partnereffekte fanden sich lediglich für beide Elternteile beim individuellen Coping des einen Partners auf das dyadische Coping des anderen (siehe Abbildung 4.2).



Anmerkungen: Das Modell wurde mit EQS-Programm von Bentler (2004) gerechnet, dessen Güte ($\chi^2(12/84) = 11.28$; ns.) gegeben ist.

Abbildung 4.2 Modell zur Berechnung von Akteur- (horizontale Pfeile) und Partnereffekten (diagonale Pfeile) ($N = 96$ Paare)

4.5 Diskussion

Die drei elterlichen Kompetenzbereiche korrelierten wie erwartet mit den wahrgenommenen Erziehungskonflikten signifikant. Eine einzige Ausnahme bildete dabei die nicht-signifikante Korrelation zwischen den väterlichen Berichten bezüglich Erziehung und Erziehungskonflikten. Auch wenn die Erziehungskompetenz in den Pfadmodellen keine direkte signifikante Verbindung zu den Konflikten aufwies, wäre folglich ein Korrelationspfad der Erziehungskompetenzen über das individuelle Coping auf das dyadische Coping zu den Konflikten möglich. Infolge einer Stresszunahme aufgrund begrenzter Erziehungskompetenzen könnte es zur Inanspruchnahme der individuellen wie auch dyadischen Copingressourcen kommen (vgl. Kaskadenmodell von Bodenmann, 2000), wobei im Falle einer ungünstigen oder defizitären Stressbewältigung häufigere Erziehungskonflikte wahrscheinlicher werden. Für eine solche Erklärung sprechen auch die beiden signifikanten Partnereffekte zwischen dem individuellen und dyadischen Coping. Zusätzlich wurden direkte Zusammenhänge zwischen der elterlichen Einschätzung des Kindverhaltens und der Erziehungskompetenzen deutlich. Weiter konnte das dyadische Coping als wichtigster Prädiktor von elterlichen Erziehungskonflikten bestätigt werden. Während bei den mütterlichen Einschätzungen des dyadischen Copings geringe Unterstützungshandlungen des Partners den größten Vorhersagewert für Erziehungskonflikte im Urteil beider Elternteile besaßen, erwies sich bei den Vätern ein geringes Ausmaß an eigenem supportivem dyadischen Coping als wichtigster Prädiktor für elterliche Erziehungskonflikte. Die Befunde sollten aber nicht einseitig auf einen Mangel an partnerschaftlicher Unterstützung durch die Väter hin interpretiert werden, sondern müssen unter Einbezug der Tatsache der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung betrachtet werden.

Der partnerschaftliche Umgang und die gegenseitige Unterstützung bei der Bewältigung der Erziehungsaufgabe haben für die Mütter aufgrund der Rollenverteilung, eine größere Relevanz als für die Väter, welche zusätzlich durch das berufliche Leben absorbiert sind. Infolge dieses Ungleichgewichts besteht die Gefahr einer geschlechtsspezifischen elterlichen Negativkaskade, welche sich in einem destruktiven Prozess mit einem Anstieg der partnerschaftlichen Negativität und Entfremdung, verbunden mit einer Abnahme des Befindens aller Beteiligten und einem Familienklima (gekennzeichnet durch vermehrte Konflikte) niederschlägt (vgl. Bodenmann, 2003). Trotz eher geringer Interkorrelation der Einschätzung der Erziehungskonflikte auf der Paarebene und augenscheinlich stärkeren Zusammenhängen der müt-

terlichen Variablen in sämtlichen Analysen, müssten zur empirischen Bestätigung dieser Hypothesen weitere Analysen durchgeführt werden (z.B. Vergleich der Korrelationskoeffizienten mittels Fisher's-Z-Transformation usw.).

In der vorliegenden Studie konnte zum ersten Mal die Rolle der elterlichen individuellen und dyadischen Stressbewältigungskompetenzen im Hinblick auf Erziehungskonflikte und kindliches Verhalten bei Eltern, welche ihre Kinder mehrheitlich als auffällig einschätzten, aufgezeigt werden. Bisherige Untersuchungen zu elterlichen Erziehungskonflikten erfolgten meistens an unauffälligen Stichproben, wodurch die Aussagekraft begrenzt war (z.B. Zimet & Jacob, 2001). Trotz der interessanten Befunde gilt es, einige methodische Grenzen dieser Untersuchung aufzuzeigen. Aufgrund des vorliegenden Querschnittsdesigns sind trotz der pfadanalytischen Überprüfung keine Aussagen bezüglich der Kausalität möglich, und es muss von einer wechselseitigen Beeinflussung sämtlicher Variablen ausgegangen werden. Leider sind aufgrund dieser Einschränkungen auch keine prozessualen Aussagen möglich, und es bleibt offen, wie und wann Kompetenzdefizite destruktiv zu wirken beginnen. Es wäre denkbar, dass erst nach einer gewissen Zeit solche Defizite bemerkbar werden und Erziehungskonflikte in markanten Situationen (z.B. Übergänge wie Einschulung usw.) vermehrt ausgelöst werden. Eine weitere Einschränkung der Aussagekraft dieser Befunde liegt darin, dass es sich bei der diagnostischen Einschätzung der Kinder lediglich um die Einschätzung der Eltern handelte. Verzerrungen sind dahingehend möglich, dass gerade bei Eltern, welche über eine Häufung von elterlichen Erziehungskonflikten berichten, eine höhere Diskrepanz zwischen dem Elternurteil und dem Urteil von Drittpersonen (z.B. Lehrern, erfahrene Diagnostiker) besteht, da die Elterneinschätzungen infolge der stressreichen Interaktionen häufig negativer eingefärbt sind (vgl. Döpfner, 2002). In Anbetracht dessen, dass der Zusammenhang zwischen elterlichen Ehekonflikten und kindlichem Problemverhalten bereits als breit abgestützt gilt (z.B. Cummings & Davies, 2002; Zimet & Jacob, 2001), wird die Aussagekraft der vorliegenden Befunde nur begrenzt in Frage gestellt.

Eine weitere Einschränkung liegt bezüglich der Generalisierbarkeit dieser Befunde vor. Da die teilnehmenden Eltern mehrheitlich einer gebildeten Mittelschicht angehörten, kann nicht auf Unterschichtsfamilien generalisiert werden. Gerade bei solchen Familien, welche häufig aufgrund einer sozioökonomisch strapazierten Situation (geringes Einkommen, schlechte Wohnverhältnisse, geringer Zugang zu Bildungsangeboten usw.) einen bedeutsamen Grundstress erfahren, könnten die Zusammenhänge markanter ausfallen. Weitere Untersuchungen,

insbesondere auch längsschnittlicher Natur, sind daher notwendig, um die in dieser Studie gefundenen Zusammenhänge zu untermauern.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass elterliche Erziehungskonflikte als Teilaspekt einer dysfunktionalen Elternallianz und deren schädigenden Auswirkungen in der Familie durch eine frühzeitige Förderung von elterlichen Kompetenzen in den Bereichen Stress, Partnerschaft und Erziehung für die Prävention und Therapie von kindlichen wie auch elterlichen Auffälligkeiten indiziert ist und in Forschung und Praxis weiteres Interesse erfahren sollte. So muss man neben den erwähnten Korrelationen zwischen angemessener partnerschaftlicher Unterstützung und Erziehungsverhalten (Krishnakumar & Buehler, 2000) und den empirisch gut belegten Zusammenhängen derselben mit der elterlichen Partnerschaft (vgl. Bodenmann, 2004) noch von weiteren direkten und indirekten Spillover-Effekten und interaktiven Prozessen zwischen der partnerschaftlichen Beziehung und der Eltern-Kind-Beziehung ausgehen (z.B. Gordis, Margolin & John, 2001; Katz & Gottman, 1993). Zusätzlich sollte der Fokus auf eine Realisierung einer zufriedenstellenden Aufgabenverteilung in der Erziehung gerichtet werden. Hierzu bedarf es ebenfalls Schritte auf der gesellschaftlichen Ebene, um der Traditionalisierung der Rollen und den damit verbundenen negativen Konsequenzen entgegen zu wirken.

5 Stress und Coping im Vergleich zwischen verschiedenen Elterngruppen

Erschien als: Gabriel, B. & Bodenmann, G. (2006). Stress, individuelles und dyadisches Coping bei Paaren mit einem verhaltensauffälligen Kind: Ein Gruppenvergleich. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 59-64.

5.1 Zusammenfassung / Abstract

Theoretischer Hintergrund und Fragestellung: Obgleich einige Forschungsbefunde vorliegen, welche ein erhöhtes Stressniveau in verschiedenen Lebensbereichen bei Eltern mit einem verhaltensauffälligen Kind belegen, sind Vergleichsuntersuchungen zur elterlichen Stressbewältigung eher selten. *Methode:* Es wurden drei Elterngruppen ($N = 83$) von Kindern im Alter von 6 bis 14 Jahren (Elternpaare von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und Aufmerksamkeitsproblemen, Eltern von Kindern mit nur externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und Kontrollgruppeneltern) mit multivariaten Varianzanalysen bezüglich Stress, individuellen und dyadischen Copings miteinander verglichen. *Ergebnisse:* Neben einem erhöhten Stressniveau berichteten Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsproblemen und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten über ein ungünstigeres dyadisches Coping. *Schlussfolgerung:* Die Befunde sprechen dafür, dass bei dieser Elterngruppe eine Förderung der partnerschaftlichen Stressbewältigung dazu beitragen könnte, die hohen Anforderungen, welche diese Problemkonstellation an die Familie stellt, gemeinsam angehen zu können.

Background: Several studies suggest that families of a child with behavioral problems report higher levels of stress in different areas of everyday life. However, only a few studies about such parents dealing with stress have been conducted in comparison to parents of children without behavior problems. *Method:* Multivariate analyses of variance are computed to compare the level of stress, individual and dyadic coping between three groups of parents ($N = 83$) of 6- to 14-year-old children (parents of children with inattention and conduct problems, parents of children with only conduct problems and control parents). *Results:* Parents of a child with inattention and conduct problems reported higher levels of stress and less competencies

in dyadic coping. *Conclusion:* The results suggest that the promotion of dyadic coping may be highly important for such parents to deal effectively with family stress.

5.2 Einleitung

In den letzten Jahren gewannen Untersuchungen zum Zusammenhang von Alltagsstress und Partnerschaft oder Familie zusehends an Bedeutung, (siehe zum Überblick Bodenmann, 2000; 2002; Crnic & Low, 2002; Perrez, 2000). Vermehrt ins Forschungsbewusstsein rückte dabei auch das Wechselspiel zwischen kindlichem Problemverhalten und elterlichem Stress (z.B. Crnic & Low, 2002; Morgan, Robinson & Aldrige, 2002). Die Tatsache, dass Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (aggressives, dissoziales oder hyperkinetisches Verhalten) im Vergleich zu Kontrolleltern ein erhöhtes intrafamiliäres (z.B. Erziehung, Partnerschaft, Wohlbefinden) wie auch extrafamiliäres Stressniveau (z.B. sozioökonomische Bedingungen, Nachbarschaft, Beruf) aufweisen, konnte empirisch nachgewiesen werden (siehe zum Überblick Crnic & Low, 2002; Johnston & Mash, 2001; Morgan et al., 2002). Das elterliche Stressniveau korreliert dabei mit dem Ausmass kindlicher Verhaltensprobleme, wie es Podolski und Nigg (2001) in ihrer Untersuchung an 66 Familien mit hyperkinetischen und externalisierenden Kindern aufzeigen konnten. Die Richtung des Zusammenhangs ist aufgrund der meist korrelativen Studien allerdings nicht bestimmbar, doch kann davon ausgegangen werden, dass multifaktorielle und zirkuläre Prozesse vorliegen (z.B. sozioökonomische Bedingungen, elterliche Charakteristiken, Temperament des Kindes, Kompetenzen der Eltern und Kinder usw.) (Crnic & Low, 2002; Mash & Johnston, 1990 usw.). So berichteten Mash und Johnston (1990), dass Eltern von Kindern mit externalisierendem Verhalten über geringere Erziehungskompetenzen und eine niedrigere emotionale wie instrumentelle Unterstützung verfügen. Neben einem funktionalen unterstützenden sozialen Netzwerk, rückte die partnerschaftliche Unterstützung (dyadisches Coping) bei der Bewältigung gemeinsamer sowie individueller Stressereignisse im Zusammenhang mit elterlichem Wohlbefinden, Erziehung und kindlichem Verhalten verstärkt in den Vordergrund neuerer Untersuchungen (z.B. Button, Pianta & Marvin, 2001). Befunde zur individuellen elterlichen Stressbewältigung im Zusammenhang mit externalisierenden und hyperkinetischen Problemen seitens der Kinder liegen bis anhin jedoch nur vereinzelt vor (z.B. Jarvis & Creasey, 1991; Podolski & Nigg,

2001) und beziehen sich meist einseitig auf dysfunktionale Aspekte der Eltern (z.B. Alkoholkonsum, vgl. Pelham & Lang, 1999).

In der vorliegenden Studie wurden erstmals Eltern von einem Kind mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und Aufmerksamkeitsproblemen (*1. Gruppe*), Paare von einem Kind mit nur externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (*2. Gruppe*) und Eltern von Kindern ohne Verhaltensprobleme als Kontrollgruppe (*3. Gruppe*) bezüglich ihres Stressprofils, der individuellen sowie der dyadischen Stressbewältigung miteinander verglichen. Unter dyadischem Coping wird der gemeinsame Umgang der Partner zur Bewältigung von partnerschaftsexternem Stress verstanden, wobei die Stresskommunikation (dem Partner seinen Stress offen mitteilen und nach Unterstützung bitten), supportives dyadisches Coping (ein Partner hilft dem anderen bei seiner Stressbewältigung), gemeinsames dyadisches Coping (beide Partner unterstützen sich wechselseitig) und negatives dyadisches Coping (hostile, ambivalente und floskelhafte partnerschaftliche Unterstützung) unterschieden werden (vgl. Bodenmann, 2000).

Es wurde erwartet, dass die beiden Elterngruppen mit einem Kind mit Verhaltensproblemen gegenüber der Kontrollgruppe ein höheres Stressniveau in den Bereichen Wohlbefinden, Partnerschaft und Familienalltag sowie eine ungünstigere individuelle und dyadische Stressbewältigung aufweisen. Keine signifikanten Unterschiede wurden hingegen zwischen den beiden Elterngruppen mit einem verhaltensauffälligen Kind erwartet.

5.3 Methode

5.3.1 Stichprobe

Die Rekrutierung der Eltern erfolgte über Schulen und Elternvereinigungen. Infolge der übereinstimmenden Einschätzung des kindlichen Verhaltens durch beide Elternteile bezüglich externalisierender Verhaltensweisen und Aufmerksamkeitsprobleme anhand der deutschen Version der Child Behavior Checklist in auffällig und unauffällig (vgl. Normwerte für die Schweiz: Steinhausen, Metzke & Kannenberg, 1996), konnten 83 Elternpaare mit einem Kind im Alter zwischen 6 und 14 Jahren (14 Mädchen und 69 Jungen) in drei Gruppen unterteilt

werden (keine T-Werte im Grenzbereich), welche keine signifikanten Unterschiede bezüglich demographischer Angaben (Alter, Anzahl Kinder, sozioökonomischer Status usw.) und kritischer Lebensereignisse aufwiesen. *Gruppe 1* ($n = 30$ Paare): Die elterliche Einschätzung lag für beide kindlichen Verhaltensweisen (externalisierendes Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme) im auffälligen Bereich. *Gruppe 2* ($n = 19$ Paare): Elternpaare, welche lediglich externalisierende kindliche Verhaltensweisen als auffällig beurteilten. *Gruppe 3* ($n = 34$ Paare): Beide Eltern beschrieben bei ihrem Kind keine Auffälligkeiten in beiden Bereichen (Werte unter den Cut-Off-Werten für klinisch relevante Auffälligkeiten).

5.3.2 Fragebogen

Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen (BS-CBCL)

Die Skalen „externalisierende Verhaltensauffälligkeiten“ (30 Items: $\alpha = .95$) und „Aufmerksamkeitsprobleme“ (10 Items: $\alpha = .87$) der deutschen Übersetzung der "Child Behavior Checklist" (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) wurden von beiden Elternteilen getrennt ausgefüllt. Die Gütekriterien der beiden Skalen sind für die Schweiz nachgewiesen (Steinhausen et al., 1996).

Skala zur Erfassung des allgemeinen Stressniveaus (ASN).

Der ASN (Gesamtscore: $\alpha = .87$) (Bodenmann, 2000) erfasst die aktuelle Stressbelastung in den Bereichen: Partnerschaft (4 Items: $\alpha = .85$), Familienalltag (3 Items: $\alpha = .75$), Wohlbefinden (5 Items: $\alpha = .63$) und familienexternen Bedingungen (3 Items: $\alpha = .53$) auf einer fünfstufigen Skala. Die Reliabilität und Validität des Fragebogens konnten mehrfach nachgewiesen werden (Bodenmann, 2000).

Fragebogen zur Erfassung des individuellen Copings (Incope).

Der Incope (Bodenmann, 2000) (24 Items: $\alpha = .73$) erfasst funktionale ($\alpha = .75$) (z.B. Informationssuche, Umbewertung) und dysfunktionale individuelle Copingstrategien ($\alpha = .68$) (z.B. Rumination, Vorwürfe). Die Gütekriterien des Fragebogens wurden nachgewiesen (Bodenmann, 2000).

Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings (FDCT).

Der Gesamtwert ($\alpha = .95$) des FDCT (Bodenmann, 2000) umfasst mit 41 Items die partnerschaftliche Stressbewältigung (eigene und des Partners) mit den Subskalen „Stresskommunikation“, „positives supportives dyadisches Coping“, „negatives dyadisches Coping“ und „gemeinsames dyadisches Coping“ (Cronbach's Alpha der Subskalen zwischen .68 und .90). Die Kriteriums- und Konstruktvalidität wurden nachgewiesen (Bodenmann, 2000).

5.4 Ergebnisse

Die Berechnungen erfolgten mittels multivariaten 3x2 Varianzanalysen (Gruppe x Geschlecht) mit anschliessenden Post-Hoc-Analysen (Scheffé mit Bonferroni Alpha-Adjustierung).

5.4.1 Ergebnisse zum allgemeinen Stresserleben (ASN)

Die MANOVA unter Einbezug der Subskalen des ASN zeigte einen signifikanten Gruppeneffekt ($F(4,78) = 7.69, p \leq .001$), welcher sich in den ANOVAs in signifikanten Gruppeneffekten in den Bereichen Partnerschaft, Befinden und Familienalltag bestätigte (siehe Tabelle 5.1). Es lag ebenfalls ein signifikanter multivariater Geschlechtseffekt vor ($F(4,77) = 10.62, p \leq .001$), der sich in den ANOVAs in den Stressbereichen Aussenwelt und Familienalltag signifikant niederschlug. Der multivariate Interaktionseffekt Gruppe x Geschlecht ($F(4,78) = 1.90, ns.$) hingegen wurde nicht signifikant.

Die Post-Hoc-Analysen (Scheffé mit Bonferroni Alpha-Adjustierung) zur Berechnung der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen erfolgten für die Mütter und Väter getrennt (Tabelle 5.2). Während bei den Vätern lediglich eine signifikante Mittelwertsdifferenz aufgrund des erhöhten Stressniveaus im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Gruppe 1 gegenüber der Kontrollgruppe zu vermerken war, fanden sich bei den Müttern mehrere signifikante Unterschiede. So hoben sich die mütterlichen Einschätzungen der Gruppe 1 und Gruppe 2 bezüglich Stress im Familienalltag signifikant von der Kontrollgruppe ab. Eine wei-

tere signifikante Mittelwertsdifferenz zeigte sich aufgrund höherer Stresswerte bei der Partnerschaft der Mütter der Gruppe 1 im Vergleich zu den Müttern der Kontrollgruppe (siehe Tabelle 5.2).

Tabelle 5.1 Mittelwerte, Standardabweichungen, Gruppen-, Geschlecht- und Gruppen x Geschlechtseffekte des allgemeinen Stressniveaus (ASN) der drei Elterngruppen

Stressbereiche	Gruppe 1 (n = 30)				Gruppe 2 (n = 19)				Gruppe 3 (n = 34)			
	Mütter		Väter		Mütter		Väter		Mütter		Väter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Partnerschaft	2.33	1.07	2.01	.93	1.75	.62	1.76	.57	1.74	.75	1.66	.71
Wohlbefinden	1.85	.65	1.74	.49	1.75	.67	1.63	.54	1.52	.51	1.40	.50
Aussenwelt	1.99	.75	2.13	.90	1.88	.62	2.06	.62	1.82	.63	2.03	.64
Familienalltag	2.94	.91	2.23	.67	2.83	.77	2.39	.76	2.16	.75	1.91	.61
Gesamtwert	2.12	.62	1.89	.59	1.87	.47	1.81	.37	1.70	.49	1.64	.46
	Gruppeneffekt (2,80)				Geschlechtseffekt (1,80)				Gruppen x Geschlechtseffekt (2,80)			
	F				F				F			
Partnerschaft	3.76*				2.34				1.42			
Wohlbefinden	5.11**				2.23				.00			
Aussenwelt	.43				4.15*				.06			
Familienalltag	8.48***				22.74***				2.30			
Gesamtwert	4.53*				3.98*				.98			

Anmerkungen: Gruppe 1 = Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und Aufmerksamkeitsproblemen / Gruppe 2 = Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten / Gruppe 3 = Kontrollgruppe; *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ + $p \leq .1$;

Tabelle 5.2 Mittelwertsdifferenzen (Scheffé) des allgemeinen Stressniveau (ASN) und des dyadischen Coping (FDCT) für die Mütter und Väter getrennt

Stress	Mütter			Väter		
	G1-G2	G1-G3	G2-G3	G1-G2	G1-G3	G2-G3
Partnerschaft	.58+	.59*	.01	.25	.35	.10
Wohlbefinden	.10	.34+	.24	.11	.34*	.23
Aussenwelt	.12	.17	.05	.07	.10	.03
Familienalltag	.11	.78***	.67*	-.15	.32	.47+
Gesamtwert	.25	.42*	.17	.08	.25	.17
Dyadisches Coping	G1-G2	G1-G3	G2-G3	G1-G2	G1-G3	G2-G3
Stressmitteilung						
Eigene	-.61*	-.20	.41	-.10	-.22	-.12
Des Partners	-.49	-.42	.07	-.33	-.29	.04
Supportives Coping						
Eigenes	-.31	-.13	.18	-.30	-.35*	-.05
Des Partners	-.44	-.40	.03	-.35	-.18	.17
Negatives Coping						
Eigenes	.50**	.20	-.30	.19	.03	-.17
Des Partners	.65**	.50*	-.15	.31	.24	-.06
Gemeinsames Coping	-.36	-.30	.06	-.59*	-.55**	.04
Gesamtwert	-.47*	-.31+	.15	-.32	-.26	.06

Anmerkungen: Gruppe 1 = Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und Aufmerksamkeitsproblemen / Gruppe 2 = Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten / Gruppe 3 = Kontrollgruppe;

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ + $p \leq .1$

5.4.2 Ergebnisse zum individuellen und dyadischen Coping (INCOPE und FDCT)

Der Gruppenhaupteffekt der MANOVA unter Einbezug der Subskalen des individuellen Copings (funktionales und dysfunktionales individuelles Coping) wurde, trotz leicht niedrigeren Werten bei den beiden Elterngruppen, welche über kindliche Verhaltensauffälligkeiten berichteten, nicht signifikant ($F(2,80) = 1.11, ns.$). Es fand sich allerdings ein signifikanter Geschlechtseffekt ($F(2,79) = 9.90, p \leq .001$), jedoch kein signifikanter Interaktionseffekt ($F(2,80) = 2.08, ns.$). In den ANOVAs waren ebenfalls keine Gruppenunterschiede nachweisbar.

Bei der MANOVA unter Einbezug der Subskalen des dyadischen Copings hingegen resultierte ein signifikanter Gruppenhaupteffekt ($F(7,73) = 2.89, p \leq .01$), welcher sich in den anschliessenden ANOVAs durch signifikante Gruppenunterschiede beim negativen und gemeinsamen dyadischen Coping ausdifferenzieren liess (siehe Tabelle 5.3). Der signifikante multivariate Geschlechtseffekt ($F(7,72) = 4.76, p \leq .001$) ergab sich aufgrund von signifikanten Geschlechtsunterschieden bei der Einschätzung der Stressmitteilung (eigene, Partner) und des eigenen negativen dyadischen Copings. Wiederum lag kein signifikanter multivariater Interaktionseffekt Geschlecht x Gruppe ($F(7,73) = 2.10, ns.$) vor.

Während sich die Einschätzung des gemeinsamen dyadischen Copings der Väter der Gruppe 1 gegenüber den beiden anderen Gruppen in den Post-Hoc-Analysen (Scheffé mit Bonferroni Alpha-Adjustierung) als signifikant niedriger erwies, berichteten die Mütter der Gruppe 1 über ein signifikant höheres Ausmass an negativem dyadischen Coping gegenüber der Gruppe 2 (eigenes wie beim Partner) und der Gruppe 3 (beim Partner) (siehe Tabelle 5.3). Weitere signifikant ungünstigere Werte liessen sich bei der eigenen Stressmitteilung der Mütter der Gruppe 1 gegenüber der Gruppe 2 und der väterlichen Einschätzung des eigenen supportiven dyadischen Copings der Gruppe 1 gegenüber der Kontrollgruppe vermerken. Erstaunlicherweise verzeichnete die Gruppe 2 bei der partnerschaftlichen Stressbewältigung gleich hohe oder sogar geringfügig bessere Werte als die Kontrollgruppe (siehe Tabelle 5.2).

Tabelle 5.3 Mittelwerte, Standardabweichungen, Gruppen-, Geschlecht- und Gruppen* Geschlechtseffekte des dyadischen Copings (FDCT) der drei Gruppen

	Gruppe 1 (n = 29)				Gruppe 2 (n = 18)				Gruppe 3 (n = 34)			
	Mütter		Väter		Mütter		Väter		Mütter		Väter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Stressmitteilung												
Eigene	3.35	.89	3.14	.73	3.92	.74	3.24	.67	3.57	.82	3.35	.88
Partner	2.66	.80	3.17	.75	3.18	.78	3.50	.72	3.07	.91	3.46	.88
Supportives Coping												
Eigene	3.54	.68	3.38	.47	3.85	.52	3.68	.42	3.69	.69	3.73	.68
Partner	3.20	.85	3.33	.74	3.60	.65	3.68	.52	3.61	.87	3.51	.90
Negatives Coping												
Eigenes	1.84	.58	1.81	.57	1.33	.36	1.62	.50	1.62	.51	1.79	.55
Partner	2.26	.85	1.90	.52	1.59	.39	1.59	.38	1.73	.60	1.65	.70
Gemeinsames Coping	3.05	0.72	2.77	.66	3.44	.83	3.36	.52	3.35	.87	3.32	.69
Gesamtwert	3.40	.59	3.44	.45	3.85	.46	3.75	.31	3.71	.57	3.70	.61
	Gruppeneffekt (2,78)				Geschlechtseffekt (1,78)				Gruppen x Geschlechtseffekt (2,78)			
	F				F				F			
Stressmitteilung												
Eigene		1.67				11.35***				1.71		
Des Partners		2.89+				15.49***				.28		
Supportives Coping												
Eigenes		2.73+				1.54				.93		
Des Partners		2.15				.16				.79		
Negatives Coping												
Eigenes		3.53*				4.54*				1.81		
Des Partners		6.22**				3.40+				2.02		
Gemeinsames Coping		4.38*				3.04+				1.28		
Gesamtwert		4.31*				.28				.65		

Anmerkungen: Gruppe 1 = Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten und Aufmerksamkeitsproblemen / Gruppe 2 = Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten / Gruppe 3 = Kontrollgruppe; *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, + $p \leq .1$

5.5 Diskussion

Wie erwartet, berichteten die Mütter der beiden Elterngruppen mit einem verhaltensauffälligen Kind über ein signifikant höheres Stressniveau im Familienalltag (Kindererziehung, Haushalt) im Vergleich zu den Eltern mit einem unauffälligen Kind. Zusätzlich zeigten die Mütter der Gruppe 1 signifikant höhere Stresswerte bezüglich der Partnerschaft und die Väter der Gruppe 1 bezüglich des Wohlbefindens als die Eltern der beiden anderen Gruppen. Weiter wies die Gruppe 1 die ungünstigste elterliche Einschätzung des dyadischen Copings (höhere Negativität bei der mütterlichen Einschätzung, weniger gemeinsames dyadisches Coping gemäss der väterlichen Einschätzung) auf. Nicht hypothesenkonform waren die elterlichen Einschätzungen der Gruppe 2 bezüglich Stress und Stressbewältigung in der Partnerschaft, welche der Kontrollgruppe entsprechend oder sogar leicht günstiger ausfielen. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass sich die Problematik in dieser Elterngruppe in erster Linie auf den Umgang und die Erziehung des Kindes beschränkt, was infolge der gemeinsamen Wahrnehmung von erhöhtem familiären Alltagsstress zu einer Aktivierung der partnerschaftlichen Ressourcen (im Sinne des dyadischen Copings) führen könnte (vgl. Bodenmann, 2000; Crnic & Low, 2002). Trotz einem vergleichbaren Stressausmass im Familienalltag beider Elterngruppen mit einem verhaltensauffälligen Kind, machten sich in der Gruppe 1 zusätzliche ungünstige Prozesse auf der Paarebene bemerkbar. Folglich scheint der Schweregrad von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten in erster Linie mit Stress in der familiären Interaktion und Beziehungsgestaltung einherzugehen, wodurch auch eine mögliche Interpretation des Ausbleibens von signifikanten Gruppenunterschiede beim individuellen Coping gegeben ist.

Ungeklärt bleibt aufgrund der Querschnittsdaten dieser Untersuchung, ob es sich bei der beschriebenen Negativität um eine Folge oder eher um eine Ursache von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten handelt, obwohl anzunehmen ist, dass sich beides in einem gewissen Ausmass reziprok beeinflusst. Weiter muss bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse beachtet werden, dass es sich bei sämtlichen Angaben im Zusammenhang mit dem elterlichen Erleben und Verhalten um Selbstbeschreibungsdaten handelte, und folglich die Gefahr besteht, dass Eltern von einem Kind mit Verhaltensauffälligkeiten sämtliche Bereiche (auch das kindliche Verhalten) negativer einschätzten als andere. Dennoch darf die vorliegende Studie gerade im Hinblick auf Interventionen zur Stärkung der Eltern (sei es in Präventionsprogrammen oder Therapieangeboten) durch eine Stärkung der elterlichen Paarbeziehung als re-

levant angesehen werden, da gravierende kindliche Verhaltensauffälligkeiten mit ungünstigerem dyadischem Coping und mehr Stress in der Familie einherzugehen scheinen.

6 Stress und Coping im Vergleich zu Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom

Erschien als: Gabriel, B., Zeender, N. & Bodenmann, G. (2005). Stress und Coping bei Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, Down-Syndrom und angemessener Entwicklung: Welche Rolle spielt das dyadische Coping? *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52 (4), 315-327.

6.1 Zusammenfassung / Abstract

Theoretischer Hintergrund: Trotz erhöhtem täglichen Stressniveau bei Eltern von einem Kind mit Down-Syndrom und Eltern von einem Kind mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten existieren Untersuchungen zur kognitiven und partnerschaftlichen elterlichen Stressbewältigung kaum. *Methode:* Der Vergleich von 3 Elterngruppen ($N = 150$) mit Kindern im Alter zwischen 6 und 14 Jahren (43 Elternpaare mit unauffälligen Kindern, 53 Paare mit einem Kind mit einem Down-Syndrom und 54 Paare mit einem externalisierenden Kind) bezüglich Stress und Stressbewältigung erfolgte mittels multivariaten Analyseverfahren. *Ergebnisse:* Eltern von Kindern mit einem Down-Syndrom berichteten über erhöhten Stress in den Bereichen Familienalltag und Sozialkontakte, verfügten aber gleichzeitig über die beste dyadische Stressbewältigung. Eltern mit externalisierenden Kindern erlebten vermehrten Stress aufgrund des Familienalltages sowie des Befindens und zeigten die ungünstigste Stressbewältigung. *Schlussfolgerung:* Die partnerschaftliche Unterstützung stellt eine wichtige Ressource bei der elterlichen Bewältigung von täglichen Belastungen dar.

Background: Coping in parents with a higher stress level has been a neglected research topic so far. *Method:* Multivariate analyses of variance are computed to compare stress and coping between three groups of parents ($N = 150$) of a 6- to 14-year-old child (43 couples of a normally developed child, 53 parents of a child with Down syndrome and 54 parents of a child with externalizing behavior problems). *Results:* Parents of a child with Down syndrome reported more family related stress and stress with regard to social isolation, but reported also the highest scores of dyadic coping. Parents of a child with externalizing behavior problems

perceived more parenting stress, psychological distress and a lack of dyadic coping. *Conclusion:* Dyadic coping reveals to be an important issue in parent's coping with daily hassles.

6.2 Einleitung

Stressorientierte Ansätze der Familienpsychologie, nach welchen ungünstige Stressdynamiken einen zentralen Faktor dysfunktionaler Familienentwicklungen darstellen, rückten in den vergangenen Jahren verstärkt in den Vordergrund (z.B. Bodenmann, 2002; Crinc & Low, 2002; Perez, 2000). Neuere Betrachtungsweisen bemühen sich um eine ganzheitliche Erfassung täglicher Stressprozesse unter Einbezug des komplexen Spannungsfeldes verschiedener extra- (sozioökonomischer Status, soziales Netzwerk, Beruf usw.) und intrafamiliärer Stresswirkungen (Persönlichkeitsmerkmale, Partnerschaft, Eltern-Kind-Beziehung usw.), Spillovereffekten (bereichsübergreifende Stressauswirkungen) und Bewältigungsressourcen (Resilienzfactoren, Kompetenzen in den Bereichen Erziehung, Partnerschaft und Belastungsbewältigung usw.) (vgl. Bodenmann, 2002; Perez, 2000; Schneewind, 1999). Entsprechend einer deutschsprachigen empirischen Untersuchung an 206 intakten Familien mit Vorschulkindern (Laux & Schütz, 1996), erleben Eltern in den Bereichen Zeitplanung, Erziehungskonflikte, tägliche Widrigkeiten im Alltag (speziell im Haushalt) und Freizeitaktivitäten den meisten Stress. Geschlechtsunterschiede zeigten sich in höheren Belastungen im Beruf sowie sozialen Beziehungen seitens der Väter und vermehrtem Stress im Haushalt (Erziehung, Rollenteilung usw.) seitens der Mütter (vgl. Bodenmann, 2000). Kindliche Charakteristika (Temperament, psychische und physische Gesundheit sowie äußerliche Merkmale) modulieren dabei sowohl das elterliche Stressniveau, als auch die kindliche stressbezogene Vulnerabilität, weshalb das Belastungsniveau bei Familien von Kindern mit einer spezifischen Problematik (z.B. Verhaltensauffälligkeiten, geistige und körperliche Behinderungen) im Vordergrund familienstresspsychologischer Betrachtungen der vergangenen 20 Jahre stand (siehe zum Überblick Crinc & Low, 2002; Morgan, Robinson & Aldrige, 2002; Perez, 2000; Scorgie, Wilgosh & McDonald, 1998). Es gilt als gut belegt, dass Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (Aggression, Opposition, Hyperaktivität usw.) in den Bereichen sozioökonomischer Status, elterliches Befinden (Depression, Aggression usw.), Partnerschaft (Konflikte usw.) und Eltern-Kind-Beziehung (Erziehung, Responsivität, Konflikte) gegenüber Eltern mit unauffälligen Kindern ungünstigere Stresswerte aufweisen, wobei der elterliche Stress mit

dem Ausmaß kindlicher Verhaltensprobleme korreliert (Crinc & Low, 2002; Johnston & Mash, 2001; Morgan et al., 2002).

Andere zahlreiche Untersuchungen verweisen auf ein erhöhtes elterliches Stressniveau bei Eltern von Kindern mit geistigen oder körperlichen Behinderungen (siehe zum Überblick Lessenberry & Rehfeldt, 2004; Scorgie et al., 1998). Obwohl Eltern eines Kindes mit einem Down-Syndrom über ein signifikant höheres Ausmaß an Stress im Zusammenhang mit der Kinderbetreuung, Akzeptanz des Kindes, eigenem Befinden und persönlichen Einschränkungen (Beruf, Freizeit, Sozialkontakten) gegenüber Eltern mit unauffälligen Kindern berichten (z.B. Barnett & Boyce, 1995; Lessenberry & Rehfeldt, 2004; Roach, Orsmond & Barratt, 1999), verfügen diese verglichen mit Eltern von Kindern mit Behinderungen anderer Art (z.B. Autismus, anderen geistigen und körperlichen Behinderungen) oder mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, mit Ausnahme der Akzeptanz des betroffenen Kindes, über niedrigere Stresswerte in sämtlichen untersuchten Bereichen (Fidler, Hodapp & Dyksen, 2000; Sanders & Morgan, 1997; Dumas, Wolf, Fisman & Culligan, 1991; Lessenberry & Rehfeldt, 2004). Geschlechtsunterschiede bei Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten oder mit einem Down-Syndrom stimmen mit denen von Familien mit unauffälligen Kindern überein (siehe oben) (Noh, Dumas, Wolf & Fisman, 1989; Roach et al., 1999).

Die familiäre Resilienzforschung erweiterte in den letzten Jahren den Fokus bezüglich elterlicher Ressourcen (Erziehung, Kommunikation, Responsivität, soziales Netzwerk usw.) um den Einbezug von kognitiven Stressbewältigungskompetenzen und partnerschaftlicher Unterstützung (Crinc & Low, 2002; Van Bakel & Riksen-Walraven, 2001). Ein funktionales partnerschaftliches Unterstützungssystem erscheint bei der Bewältigung von alltäglichen Belastungen in Familien von geistig oder körperlich behinderten Kindern in Anbetracht der eingeschränkten Möglichkeiten für elterliche Sozialkontakte und Freizeitbeschäftigungen von großer Wichtigkeit (Hawley & DeHaan, 1996; Lee et al., 2004). Trotzdem waren empirische Untersuchungen zur partnerschaftlichen Unterstützung eher selten und beschränkten sich größtenteils auf die globale Erfassung durch die Partnerschaftsskala des „Parenting Stress Index“ (PSI) (Abidin, 1995). Vereinzelte Befunde zeigten eine erhöhte Negativität im partnerschaftlichen Umgang mit Stress (mangelndes Engagement, Unwille und Hostilität dem Partner gegenüber) in Abhängigkeit des Intensitätsgrads kindlicher externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten auf (Gabriel & Bodenmann, 2006). Das individuelle Coping bei Eltern mit einem behinderten oder verhaltensauffälligen Kind war ebenfalls selten Gegenstand empirischer Un-

tersuchungen (Atkinson et al., 1995; Jarvis & Creasey, 1991; Rodrigue, Morgan & Geffken, 1992). Auch beschränkten sich bisherige Studien, welche das elterliche Stressprofil zwischen Familien mit einem verhaltensauffälligen Kind mit dem von Familien mit einem behinderten Kind verglichen, hauptsächlich auf kindbezogene elterliche Stressbereiche, wobei die individuelle und dyadische Belastungsverarbeitung der Eltern keine Beachtung erfuhren (siehe zum Überblick Lessenberry & Rehfeldt, 2004).

In der vorliegenden Untersuchung wurde erstmals das Stressniveau in verschiedenen Lebensbereichen, sowie das individuelle und dyadische Coping zwischen Eltern von einem Kind mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom und Eltern von unauffälligen Kindern miteinander verglichen. Unter dyadischem Coping wird eine Form der interpersonellen Belastungsbewältigung verstanden, in deren Rahmen (a) Unterstützungsbemühungen (verbale und nonverbale Copingreaktionen) des einen Partners als Reaktion auf den Stress des anderen Partners berücksichtigt werden (supportives dyadisches Coping), (b) Aufgaben und Tätigkeiten in Belastungssituationen an den Partner/die Partnerin abgetreten werden können (delegiertes dyadisches Coping) oder (c) Belastungen gemeinsam angegangen werden (gemeinsames dyadisches Coping). Dyadisches Coping kann positiv oder negativ (hostil, ambivalent, floskelhaft) sein. Bodenmann (2000) hat als Funktionen des dyadischen Copings (a) *stressbezogene Aspekte* (Reduktion der Belastung durch wirksame Problemlösung, Emotionsregulation, soziale Regulation) und (b) *partnerschaftsbezogene Aspekte* (Aufbau und Festigung des "Wir-Gefühls", Aufbau und Festigung von Vertrauen in den Partner/die Partnerin, kognitive Repräsentation der Partnerschaft als hilfreich, unterstützend und wertvoll usw.) thematisiert. Das dyadische Coping hat sich in der Paarforschung bewährt, wobei das supportive und gemeinsame dyadische Coping als Schutzfaktoren gegen den schädigenden Einfluss von täglichen paarexternen Stressoren auf das Befinden und die Partnerschaftsqualität mehrmals bestätigt werden konnte (Bodenmann, 2000). Auf der Grundlage bestehender Befunde wurde angenommen, dass Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom hauptsächlich im Zusammenhang mit der Erziehung und Versorgung des Kindes sowie bei der Gestaltung von Freizeit und Sozialkontakten erhöhte Stresswerte aufweisen, während Eltern von einem Kind mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten über vermehrten Stress in den Bereichen Kindererziehung, Partnerschaft und psychisches Befinden berichten, und auch in der individuellen und dyadischen Stressbewältigung ungünstigere Werte zeigen würden.

6.3 Methode

6.3.1 Stichprobe

Es nahmen 150 Elternpaare an der Untersuchung teil: 43 Paare mit einem unauffälligen Kind (27 Knaben, 16 Mädchen), 53 Paare mit einem Kindes mit einem Down-Syndrom (31 Knaben, 22 Mädchen) und 54 Paare mit einem externalisierenden Kind (48 Knaben, 6 Mädchen). Das Alter der Indexkinder lag zwischen 6 bis 14 Jahren. Die Rekrutierung der Elternpaare erfolgte über Elternvereinigungen und Schulen. Die Einteilung der Paare, in die Elterngruppe mit einem externalisierenden Kind versus Eltern mit einem unauffälligen Kind, wurde aufgrund der übereinstimmenden Einschätzung beider Elternteile bezüglich externalisierenden kindlichen Verhaltensweisen (CBCL: Arbeitsgruppe deutsche Child Behavior Checklist, 1998) entsprechend den schweizerischen Normwerten (Steinhausen, Metzke & Kannenberg, 1996) vorgenommen. Die Diagnose der Kinder mit einem Down-Syndrom wurde in den ersten sechs Lebensmonaten durch Chromosomanalysen sichergestellt. Alle Kinder mit einem Down-Syndrom lebten bei ihren Eltern. Zwischen den drei Elterngruppen zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der demographischen Angaben (siehe Tabelle 6.1).

Tabelle 6.1 Demographische Variablen

	Gruppe 1 (n = 43)				Gruppe 2 (n = 53)				Gruppe 3 (n = 54)			
	Mütter		Väter		Mütter		Väter		Mütter		Väter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Alter	40.21	4.77	41.67	4.77	41.13	4.70	43.6	6.75	39.46	4.42	41.87	5.77
Partnerschafts- zufriedenheit	4.12	.94	3.86	1.05	3.92	.65	4.00	.70	3.71	.83	3.77	.81
Anzahl Kinder	2.47	.59			2.47	.78			2.22	.84		
Alter des In- dexkindes	10.00	2.29			9.30	2.74			9.93	2.09		
Zivilstand												
verheiratet	100%		100%		94.3%		94.3%		98.32%		96.3%	
Einkommen												
kein	48.7%		-		70.6%		-		43.5%		-	
21-40'000	35.9%		2.4%		11.8%		3.8%		39.1%		-	
41-80'000	10.3%		30.9%		15.7%		45.2%		8.6%		49.1%	
über 80'000	5.1%		66.7%		2%		50.9%		8.7%		50.9%	
Ausbildung												
Berufsschule	50.0%		39.5%		37.7%		30.2%		59.3%		50.9%	
Mittelschule	21.4%		18.6%		28.3%		15.1%		18.5%		17.0%	
Hochschule	9.5%		34.9%		18.9%		45.3%		5.6%		18.9%	
Beruf												
Arbeiter/in	21.9%		7%		7.6%		15.1%		25%		16.7%	
Angestellte/r	40.6%		25.6%		26.4%		22.6%		56.8%		25.9%	
Leitende Funktion	12.5%		50.5%		5.7%		41.5%		4.6%		42.6%	
Andere	25.1%		7%		11.3%		20.8%		13.7%		14.9%	

Anmerkungen: Gruppe 1 = Eltern von unauffälligen Kindern / Gruppe 2 = Eltern von einem Kind mit Down-Syndrom / Gruppe 3 = Eltern von einem externalisierenden Kind

6.3.2 Fragebogen

Demographische Angaben

Die Eltern wurden Alter, Geschlecht, Zivilstand, Ausbildung, Beruf, Anstellungsprozente, Einkommen, Kinder sowie Partnerschaftszufriedenheit befragt.

Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL)

Beim Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen handelt es sich um eine deutsche Übersetzung der CBCL (Arbeitsgruppe deutsche Child Behavior Checklist, 1998). Der Fragebogen (3-stufige Likert-Skala) erfasst die elterliche Einschätzung der Kompetenzen, körperlichen Beschwerden sowie die behavioralen und emotionalen Auffälligkeiten ihrer Kinder und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren über die letzten sechs Monate. Die in dieser Untersuchung angewendete Skala externalisierende Störungen ($\alpha = .95$) besteht aus 30 Items und beinhaltet die Syndromskalen aggressives und delinquentes/dissoziales Verhalten. Entsprechend den schweizerischen Normwerten (Steinhausen, Metzke & Kannenberg, 1996) befindet sich der Grenzbereich zur externalisierenden Auffälligkeit zwischen 13 und 15 Punkten.

Skala zur Erfassung des allgemeinen Stressniveaus (ASN)

Der ASN (Bodenmann, 2000) erfasst die aktuelle Stressbelastung in den Bereichen Partnerschaft ($\alpha = .82$) (Anzahl Items: 4; Beispielitems: Partnerschaft, allgemeine Lebenssituation), Familienalltag ($\alpha = .79$) (Anzahl Items: 3; Beispielitems: Haushalt, Kinder, tägliche Widrigkeiten), Wohlbefinden ($\alpha = .68$) (Anzahl Items: 5; Beispielitems: Befinden, Finanzen, Herkunftsfamilie) und familienexterne Bedingungen ($\alpha = .62$) (Anzahl Items: 3; Beispielitems: Beruf, Freizeit, Sozialkontakte) auf fünf Stufen. Der Gesamtwert des Fragebogens hat ein Chronbach's Alpha von $\alpha = .87$. Die Reliabilität und Validität des Fragebogens konnten mehrfach nachgewiesen werden (Bodenmann, 2000).

Fragebogen zur Erfassung des individuellen Copings (Incope)

Mittels 24 5-stufigen Items (Bodenmann, 2000) werden individuelle Copingstrategien ($\alpha = .72$) erfasst, welche faktoranalytisch in positives ($\alpha = .72$) und negatives ($\alpha = .66$) Coping un-

terteilt werden. Positive Copingstrategien beinhalten Items bezüglich positiver Palliation (Gefühlsberuhigung), sachlicher und emotionaler Informationssuche (emotionale/gedankliche Ausrichtung auf Probleme für ein besseres Verständnis), Umbewertung (Umdeutung, Relativierung), Humor, aktiver Einflussnahme, sozialer Unterstützungssuche und positiver Selbstverbalisation. Negative Copingstrategien umfassen Informationsunterdrückung (Ausblenden, Wegsehen, Ignorieren), negative Palliation (Rauchen, Alkoholkonsum usw.), Rumination (gedankliches Kreisen), Evasion (Vermeidung des Problems), Vorwürfe und soziale Vergleiche. Der Fragebogen hat sich seit Jahren in der Forschung bewährt (Bodenmann, 2000).

Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings (FDCT)

Der Gesamtwert ($\alpha = .95$) der Kurzform des FDCT (Bodenmann, 2000) erfasst mit 35 Items das dyadische Coping auf einer 5-stufigen Skala („nie bis sehr oft“). Die Bewältigungsstrategien umfassen eigenes supportives dyadisches Coping ($\alpha = .83$) (Anzahl Items: 7; Beispielimitem: „Ich höre meinem Partner zu, wenn er Stress hat“), eigenes negatives dyadisches Coping ($\alpha = .67$) (Anzahl Items: 5; Beispielimitem: „Ich mache mich über den Stress meines Partners lustig“), supportives dyadisches Coping des Partners ($\alpha = .81$) (Anzahl Items: 7; Beispielimitem: „Mein Partner gibt mir das Gefühl, dass er mich versteht“), negatives dyadisches Coping des Partners ($\alpha = .78$) (Anzahl Items: 5; Beispielimitem: „Mein Partner möchte nicht mit meinen Problemen behelligt werden“) und gemeinsames dyadisches Coping ($\alpha = .86$) (Anzahl Items: 6; Beispielimitem: „Wir versuchen gemeinsam das Problem zu bewältigen“). Die Kriterium- und Konstruktvalidität konnten nachgewiesen werden (Bodenmann, 2000).

6.4 Ergebnisse

Zur Berechnung der Unterschiede bezüglich Stress, individuelles und dyadisches Coping zwischen den drei Elterngruppen wurden multivariate 3x2 Varianzanalysen (Gruppe x Geschlecht) mit anschliessenden Post-Hoc-Analysen (Scheffé-Test mit Bonferroni Alpha-Adjustierung) durchgeführt.

6.4.1 Ergebnisse zur Stressbelastung in verschiedenen Lebensbereichen

Die MANOVA zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Elterngruppen ($F(4,144) = 5.97; p \leq .001$) (siehe Tabelle 6.2). Wie erwartet berichteten die beiden Elterngruppen mit einem Kind mit einem Down-Syndrom respektiv mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten gegenüber den Eltern der Kontrollgruppe die grösste Stressbelastung bei der Bewältigung des Familienalltags (d.h. des Haushaltes, der Kindererziehung). Weiter fanden sich in den Berichten der Eltern mit einem Kind mit einem Down-Syndrom im Zusammenhang mit der Freizeit und Sozialkontakten signifikant höhere Stresswerte als in den beiden anderen Elterngruppen. Über signifikant mehr Stress bezüglich psychischer Befindlichkeit berichteten lediglich Eltern mit einem externalisierenden Kind (siehe Tabelle 6.2). Geschlechtseffekte zeigten sich entsprechend den Erwartungen durch erhöhte Belastungen in Beruf und Freizeit seitens der Väter und einen stressreicheren Familienalltag seitens der Mütter, welche aufgrund nicht signifikanter Interaktionseffekte für alle drei Elterngruppen zutrafen.

Tabelle 6.2 Unterschiede im allgemeinen Stressniveau (ASN)

	Gruppe 1 (n = 43)				Gruppe 2 (n = 52)				Gruppe 3 (n = 54)			
	Mütter		Väter		Mütter		Väter		Mütter		Väter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Partnerschaft	1.78	.84	1.80	.91	2.11	.99	2.12	1.05	2.06	1.00	2.00	.95
Wohlbefinden	1.52	.51	1.43	.54	1.68	.65	1.56	.61	1.77	.60	1.70	.51
Aussenwelt	1.82	.63	2.03	.63	2.20	.78	2.48	.88	1.93	.71	2.09	.76
Familienalltag	2.14	.76	1.96	.66	2.73	.95	2.33	.81	2.77	.82	2.33	.68
Gesamtwert	1.67	.46	1.87	.49	1.97	.59	1.92	.61	1.96	.50	1.87	.49
	Geschlechtseffekt (1,146)			Interaktionseffekt (2,146)			Gruppeneffekt (2,146)			Scheffé		
	F	p	Effekt	F	p	F	p					
Partnerschaft	0.01	ns		0.10	ns	1.83	ns					
Wohlbefinden	3.37	ns		0.08	ns	3.58	$p \leq .05$			G3>G1		
Aussenwelt	10.67	$p \leq .001$	V>M	0.35	ns	5.99	$p \leq .01$			G2>G1, G2>G3		
Familienalltag	23.42	$p \leq .001$	M>V	1.27	ns	8.27	$p \leq .001$			G2>G1, G3>G1		
Gesamtwert	1.75	ns		0.25	ns	4.65	$p \leq .05$			G2>G1, G3>G1		

Anmerkungen: Gruppe 1 = Eltern von unauffälligen Kindern / Gruppe 2 = Eltern von einem Kind mit Down-Syndrom / Gruppe 3 = Eltern von einem externalisierenden Kind; V = Väter / M = Mütter; Multivariate Effekte der Subskalen: Gruppe: $F(4,144) = 5.97, p \leq .001$; Geschlecht: $F(4,143) = 13.78, p \leq .001$; Interaktion: $F(4,144) = 0.84, ns$;

6.4.2 Ergebnisse zur individuellen Stressverarbeitung

Der signifikante Gruppeneffekt ($F(2,147) = 6.26; p \leq .01$) der MANOVA liess sich durch eine häufigere Anwendung von ungünstigen Bewältigungsstrategien der Eltern von einem Kind mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zu Eltern mit einem unauffälligen Kind ($F(2,147) = 3.21; p \leq .05$) erklären. Keine signifikanten Gruppeneffekte zeigten sich in den ANOVAs sowohl beim positiven individuellen Coping ($F(2,147) = 1.52; ns.$) als auch bei der Betrachtung des Gesamtwertes des individuellen Copings ($F(2,147) = 2.98; ns.$). Der signifikante Geschlechtseffekt ($F(2,147) = 11.31; p \leq .001$) verwies in Anbetracht des nicht signifikanten Interaktionseffektes ($F(2,147) = 0.04; ns.$) auf eine ungünstigere individuelle Stressbewältigung der Mütter über alle drei Gruppen hinweg.

6.4.3 Ergebnisse zum dyadischen Coping

In der MANOVA zeigte sich erneut ein signifikanter Gruppeneffekt ($F(5,140) = 4.82; p \leq .001$). Die darauffolgenden ANOVAs verwiesen auf günstigere Werte im dyadischen Coping der Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom gegenüber den beiden anderen Elterngruppen (siehe Tabelle 6.3). Neben signifikant höheren Werten der Down-Syndrom-Gruppe gegenüber den beiden anderen Elterngruppen in der Selbsteinschätzung des eigenen dyadischen Copings zugunsten des Partners, berichteten Eltern von Kindern mit einem Down-Syndrom zusätzlich über ein signifikant grösseres Ausmass an supportivem dyadischen Coping seitens des Partners und mehr gemeinsames dyadisches Coping als Paare mit einem externalisierenden Kind (siehe Tabelle 6.3). Eine erhöhte Negativität bei der Einschätzung der eigenen Unterstützungshandlungen zugunsten der Partnerin durch die Väter erwies sich als einzigen signifikanten Geschlechtseffekt.

Tabelle 6.3 Unterschiede im dyadischen Coping (FDCT)

	Gruppe 1 (n = 43)				Gruppe 2 (n = 51)				Gruppe 3 (n = 52)			
	Mütter		Väter		Mütter		Väter		Mütter		Väter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Supportives Coping												
Eigene	3.67	.64	3.67	.69	4.03	.86	4.03	.70	3.60	.63	3.52	.48
Partner	3.59	.83	3.49	.86	4.01	.99	3.74	.88	3.29	.84	3.43	.68
Negatives Coping												
Eigene	1.65	.49	1.82	.54	1.46	.46	1.72	.50	1.61	.54	1.73	.53
Partner	1.76	.60	1.68	.68	1.73	.63	1.79	.64	2.00	.76	1.73	.52
Gemeinsames Coping	3.31	.81	3.29	.66	3.46	.84	3.40	.62	3.12	.78	3.04	.63
Gesamtskalen												
Positives Coping	3.53	.64	3.49	.67	3.85	.81	3.78	.67	3.35	.65	3.34	.49
Negatives Coping	1.75	.48	1.81	.57	1.73	.47	1.84	.47	1.87	.60	1.78	.48
Gesamtwert	3.76	.53	3.69	.59	3.97	.72	3.89	.54	3.62	.57	3.59	.42

	Geschlechtseffekt (1,145)			Interaktions- effekt (2,145)		Gruppeneffekt (2,145)		
	F	p	Effekt	F	p	F	p	Scheffé
Supportives Coping								
Eigene	0.18	ns		0.20	ns	10.07	p ≤ .001	G2>G1, G2>G3
Partner	1.11	ns		2.72	ns	6.60	p ≤ .001	G2>G3
Negatives Coping								
Eigene	14.04	p ≤ .001	V>M	0.78	ns	1.47	ns	
Partner	2.44	ns		2.78	ns	0.99	ns	
Gemeinsames Coping	0.96	ns		0.70	ns	3.98	p ≤ .05	G2>G3
Gesamtskalen								
Positives Coping	0.59	ns		0.14	ns	8.70	p ≤ .001	G2>G1, G2>G3
Negatives Coping	0.24	ns		2.04	ns	0.15	ns	
Gesamtwert	1.78	ns		0.19	ns	5.33	p ≤ .01	G2>G3

Anmerkungen: Gruppe 1 = Eltern von unauffälligen Kindern / Gruppe 2 = Eltern von einem Kind mit Down-Syndrom / Gruppe 3 = Eltern von einem externalisierenden Kind; V = Väter / M = Mütter; Multivariate Effekte der Subskalen: Gruppe: $F(5,140) = 4.82, p \leq .001$; Geschlecht: $F(5,139) = 8.69, p \leq .001$; Interaktion: $F(5,140) = 2.38, p \leq .05$

6.5 Diskussion

Eltern von Kindern mit einem Down-Syndrom wiesen aufgrund chronischer Belastungen im täglichen Familienleben (Haushalt, Aufgabenverteilung, Kindererziehung usw.) und in der Gestaltung von Freizeit und Sozialkontakten gesamthaft ein signifikant höheres Stressniveau im Vergleich zu Eltern mit einem unauffälligen Kind auf. Im dyadischen Coping hingegen hoben sie sich durch signifikant günstigere Werte von den anderen beiden Elterngruppen ab. Eltern von einem Kind mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zeigten, neben vergleichbar hohen Stresswerten bezüglich des familiären Alltages, eine ungünstigere individuelle Stressbewältigung und ein niedrigeres supportives und gemeinsames dyadisches Coping, was wiederum mit mehr Stress im Zusammenhang mit dem elterlichen Befinden und einer geringeren Partnerschaftszufriedenheit einherging. Obwohl bisher weder eine differenzierte Klärung der Kausalität noch der Mechanismen erfolgt ist, kann spekuliert werden, dass in Familien mit einem externalisierenden Kind wechselseitig ungünstige Beeinflussungsprozesse stattfinden (z.B. schwieriges kindliches Temperament, Partnerschaftsprobleme, ungünstiger Erziehung, niedrigeres psychisches Befinden der Eltern), die mit einem erhöhten Stressniveau seitens der Eltern verbunden sind (Crinc & Low, 2002; Johnston & Mash, 2001). Zusätzlich muss in die Betrachtungen einbezogen werden, dass es ab einer bestimmten Intensität des subjektiven Stresserlebens zu einer zusätzlichen Abnahme in der Qualität der Stressbewältigung kommen kann, wodurch wiederum stressverstärkende Rückkoppelungsprozesse begünstigt würden (Bodenmann, 2000).

Dem gegenüber schien es bei Eltern von Kindern mit einem Down-Syndrom zu einer Aktivierung der individuellen und partnerschaftlichen Ressourcen zu kommen, was auf den ersten Blick nicht plausibel erscheint, da diese geistige Behinderung mit erheblichem Stress seitens der Eltern einhergeht (z.B. Lessenberry & Rehfeldt, 2004; Scorgie et al., 1998). In eine ähnliche Richtung deuteten aber auch die Ergebnisse von Lai und Salili (1997), wonach Eltern eines Kindes mit Hepatitis B in Anbetracht des erhöhten Stressniveaus und der sozialen Isolation sich vermehrt auf partnerschaftliche Bewältigungsressourcen stützten. Da die Diagnose Down-Syndrom spätestens sechs Monate nach der Geburt eindeutig festgestellt worden war, könnte der anfängliche Schock sowie individuelle Enttäuschungen und Sorgen zu einer erhöhten familiären Kohäsion und einem stärkeren dyadischen Coping (beide Eltern kämpfen gemeinsam gegen die Belastungen an und raufen sich angesichts des geteilten Leids zusammen)

führen, wie dies im Zusammenhang mit Makrostressoren bei McCubbin und Patterson (1983) bereits beschrieben wurde. Hinzu kommt, dass der elterliche Stress im Zusammenhang mit dem Down-Syndrom im Vergleich zu externalisierenden Verhaltensstörungen weniger durch Störungen des sozialen Umfelds (durch aggressives, unkontrolliertes oder unaufmerksames Verhalten) sondern eher mit Sorgen bezüglich der Versorgung und Förderung sowie der Akzeptanz des Kindes verbunden ist (vgl. Barnett & Boyce, 1995; Lessenberry & Rehfeldt, 2004; Roach et al., 1999). Weiter ist denkbar, dass Eltern von einem Kind mit Down-Syndrom aufgrund der klaren Diagnose (genetische Ursache aufgrund der Trisomie 21) besser gemeinsam damit umgehen, während die Frage nach der Ursache und Verschuldung von externalisierenden kindlichen Verhaltensauffälligkeiten einen Keil zwischen die Eltern treiben könnte (z.B. verwöhnender Erziehungsstil des anderen Elternteils, Inkonsistenz in der Erziehung usw.) (vgl. Zimet & Jacob, 2001). So erfahren Eltern mit einem Kind mit Down-Syndrom mehr Verständnis oder professionelle Hilfe (Betreuung durch Heilpädagogen, Frühförderung, gelegentliche Aufenthalte in Heimen während der Ferien usw.), während Eltern mit einem Kind mit externalisierendem Verhalten häufig auch soziale Sanktionen, Marginalisierung oder Ablehnung (in Schule oder Nachbarschaft) erleben und als mitschuldig am Problem des Kindes betrachtet werden. In diese Richtung deutet auch die Tatsache, dass es sich bei der hier befragten Elterngruppe mit einem Kind mit einem Down-Syndrom um Familien ohne Fremdplatzierung des behinderten Kindes handelte, welche ein breites Spektrum von medizinischen und pädagogischen Förderungs- und Unterstützungsangeboten (Frühförderung, Therapien usw.) in Anspruch nahm und folglich eher die erfolgreich bewältigende Teilgruppe aller betroffenen Eltern repräsentierte. Trotzdem dürfen elterliche Belastungen im Zusammenhang mit der Erziehung und Pflege von geistig und körperlich behinderten Kindern nicht unterschätzt werden. Andere Untersuchungen zeigten, dass sich je nach Intensität der mütterlichen Belastungen eine negativere Einschätzung der eigenen psychischen Gesundheit sowie des väterlichen Engagements bei der Kindererziehung und der partnerschaftlichen Belastungsbewältigung bemerkbar machte (Roach et al., 1999). Mangelnde partnerschaftliche Unterstützung und ein ungünstiges Familienklima in Familien von Kindern mit einer Behinderung ist nicht nur mit hohem elterlichem Stress verbunden, sondern hat häufig auch eine externe Platzierung des behinderten Kindes zur Folge (z.B. Rimmerman & Duvdevani, 1996).

Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung liegen dahingehend vor, dass es sich um Selbstberichtsdaten der Eltern im Querschnitt handelte, wobei gerade im Zusammenhang mit einer niedrigeren psychischen Befindlichkeit gewisse negative subjektive Verzerrungen in der

Einschätzung von externalisierenden Verhaltensweisen des Kindes auftreten könnten. Neben sozial erwünschten Angaben kann auch das Phänomen der Idealisierung von Zuständen oder die „Glorifizierung“ von eigenem individuellen und dyadischen Coping nicht ausgeschlossen werden. Trotzdem konnte anhand der drei Elterngruppen (beide Elternteile wurden einbezogen), dank relativ grosser Stichprobengrössen, ein differenzierter Einblick in verschiedene familiäre Stressdynamiken gegeben werden. Gerade in Familien von Kindern mit geistigen und körperlichen Behinderungen verdient die partnerschaftliche Unterstützung in Anbetracht des häufig eingeschränkten sozialen Netzwerkes besondere Beachtung. Folglich darf die Bedeutung dieser Ergebnisse für die Arbeit mit Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom oder von einem Kind mit externalisierenden Verhaltensproblemen als relevant angesehen werden. Weiterführende Untersuchungen längsschnittlicher Natur, welche familiäre Stressprozesse aus der Sicht beider Elternteile über einen längeren Zeitraum analysieren, sind zur weiteren Klärung des Untersuchungsgegenstandes allerdings notwendig.

7 Die Überprüfung eines Stress- und Copingmodells bei Eltern

Erscheint in: Gabriel, B. & Bodenmann, G. (im Druck). Stress und Coping bei Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom: Die Überprüfung eines theoretischen Modells. *Zeitschrift für Familienforschung*.

7.1 Zusammenfassung / Abstract

Theoretischer Hintergrund: Bestehende Befunde verweisen auf ein erhöhtes Belastungsniveau bei Eltern von einem Kind mit einem Down-Syndrom. In der vorliegenden Untersuchung sollte nun erstmals eine differenzierte Betrachtung der Zusammenhänge zwischen elterlichen Belastungen aufgrund des Kindes mit einem Down-Syndrom, individuellen, dyadischen sowie sozialen Ressourcen und Befindlichkeitsvariablen durch die empirische Überprüfung eines theoretischen Stressmodells erfolgen. *Methode:* Das Stressmodell wurde sowohl für das elterliche Geschlecht als auch die Copingfunktion getrennt mittels Pfadanalysen an den Angaben von 75 Elternpaaren berechnet. *Ergebnisse:* Das pfadanalytische Modell konnte mit den emotionalen mütterlichen und instrumentellen Ressourcen beider Elternteile belegt werden. *Schlussfolgerung:* Obwohl die Wichtigkeit der partnerschaftlichen Unterstützung bei der Bewältigung von kindbezogenen Belastungen bestätigt wurde, waren individuelle und soziale Ressourcen von Bedeutung.

Background: Several studies suggest high distress in parents of a child with Down syndrome. This study focused on the relationship between stress, individual, dyadic and social resources and different measures of well-being based on a theoretical stress model. *Method:* Path analyses separated for parental sex and functionality of coping were used to test the theoretical model using data collected from 75 couples. *Results:* Data supported the model with maternal emotional and paternal as well as maternal instrumental resources in the context of specific child related stress. *Conclusion:* The results underline the importance of the marital system for dealing with daily stress, but they also reveal that individual and social resources are needed.

7.2 Einleitung

Es darf heute als empirisch erwiesen gelten, dass Stress mit der Gesundheit, dem Wohlbefinden und dem sozialen Umfeld negativ assoziiert ist (z.B. Partnerschaft) (z.B. Bodenmann, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Perrez, Laireiter & Baumann, 2005). Seit der transaktionalen Definition von Stressprozessen (Lazarus & Folkman, 1984) werden neben der Art, Dauer und Intensität der Belastungen (Stress) Anpassungs- und Bewältigungsprozesse (Coping) als wichtiger Prozessbestandteil verstanden, doch ist eine getrennte Erfassung derselben im transaktionalen Rahmen schwer realisierbar (Hobfoll & Buchwald, 2004). Eine Möglichkeit dieser methodischen Problematik aus dem Weg zu gehen, besteht in der Betrachtung von benötigten Copingkapazitäten bei Individuen oder Gruppen mit spezifischen Belastungen (z.B. Stresspopulationen) (Leppin, 1997). Dieses Vorgehen ermöglicht sowohl eine Verbesserung der Unterstützung einer bestimmten Stresspopulation wie auch des Verständnisses und Wissens bezüglich der Zusammenhänge zwischen Stress und Copingverhalten (Cutrona & Russel, 1990). So ließ sich in den vergangenen Jahren ein starker Anstieg an empirischen Untersuchungen zu Stress und Coping in Familien mit zusätzlichen Belastungen (kindliche Behinderung, Verhaltensauffälligkeiten usw.) verzeichnen (z.B. Crnic & Low, 2002; Perrez, 2000; Scorgie, Wilgosh & McDonald, 1998). Trotz einer Vielzahl von Definitionen verschiedener familiärer Stressprozessmodelle (vgl. Bodenmann, 2000; Perrez, 2000) und der Forderung nach der empirischen Überprüfung derselben anhand von Strukturgleichungsanalysen (z.B. Newcomb, 1990), beschränkten sich bestehende Befunde größtenteils auf Vergleichsuntersuchungen mit Normalpopulationen. Empirische Überprüfungen der Zusammenhänge zwischen elterlichen Belastungen, Ressourcen und Befindlichkeitsvariablen mittels Strukturgleichungs- oder Pfadmodellen erfolgten nur vereinzelt (z.B. Quittner, Glueckauf & Jackson, 1990; Vitanza & Guarnaccia, 1999).

Die vorliegende Studie ist eine der ersten, welche eine differenzierte Betrachtung von Stress- und Copingprozessen bei Eltern mit einem Kind mit Down-Syndrom durch die empirische Überprüfung eines Stressmodells in Anlehnung an Lazarus (1991) (vgl. auch Schröder & Schwarzer, 1997) anstrebte. Der Fokus der Untersuchung richtete sich dabei nicht auf elterliche Anpassungsleistungen infolge der Geburt des Kindes mit einem Down-Syndrom, wie es in vereinzelt anderen Untersuchungen basierend auf dem Krisenmodell von McCubbin und Patterson (1983) erfolgte (vgl. Dittmann & Klatte-Leiber, 1993), sondern auf Folgeprozesse 2

bis 11 Jahre später. Stress entsteht entsprechend Hobfoll (1998), wenn die Ressourcen eines Individuums oder der Familie bedroht werden, verloren gehen oder aber auch, wenn die Investition von Ressourcen zu keinem Gewinn führt. Zusammenfassend bedeutet dies, dass Individuen oder Gemeinschaften durch anfängliche Verluste vulnerabler für negative Auswirkungen von andauernden Ressourcenbeanspruchungen werden. So zeigten sich Belastungen im Zusammenhang mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung eines Familienmitglieds in verschiedenen dauerhaften Stressoren (z.B. tägliche Beanspruchungen, strukturelle Einschränkungen, Unsicherheit; vgl. Wheaton, 1997). Übertragen auf die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom ein nicht-normatives kritisches Lebensereignis darstellt, welches zusätzliche chronische Belastungen sowie Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen der Eltern zur Folge haben könnte. Die elterliche Betreuung eines Kindes mit Down-Syndrom geht häufig neben zusätzlichen Belastungen im Zusammenhang mit der Erziehung und Pflege des behinderten Kindes mit persönlichen Einschränkungen in Beruf, Freizeit sowie bei den Sozialkontakten und mit ungünstigeren Kognitionen (Akzeptanz des Kindes, Zukunftsängste usw.) einher (z.B. Gabriel, Zeender & Bodenmann, 2005; Lessenberry & Rehfeldt, 2004; Roach, Orsmond & Barratt, 1999).

Befunde aus der Stress- und Copingforschung verweisen darauf, dass eine angemessene individuelle, dyadische und soziale Stressbewältigung die negativen Auswirkungen von Belastungen lindern und folglich einen gesundheitsförderlichen Charakter haben kann (Bodenmann, 2000; Uchino, 2004). Entsprechend systemischen Ansätzen erlangte neben der sozialen Unterstützung durch Freunde und Bekannte die Stressbewältigung in der Familie und Partnerschaft als intimste Beziehung im Erwachsenenalter eine besondere Bedeutung (vgl. Bodenmann, 2000, 2004), weshalb Bodenmann (2000) mit dem dyadischen Coping eine zusätzliche Bewältigungsform einführte. Unter dyadischem Coping werden dabei die Bemühungen eines oder beider Partner verstanden, bei der Bewältigung von individueller Belastung des einen Partners bzw. bei dyadischem Stress mitzuwirken und durch gezielte Bewältigungshandlungen sowie –versuche eine erneute Homöostase des vom Stress primär Betroffenen, des Gesamtsystems bzw. der Beziehung zwischen dem Paar und seiner Außenwelt herbeizuführen. So konnte Bodenmann (2000, 2004) in mehreren Untersuchungen aufzeigen, dass das dyadische Coping einen vermittelnden Einfluss zwischen Alltagsbelastungen und der Partnerschaftszufriedenheit sowie der psychischen Befindlichkeit besitzt. Weitere Befunde sprechen für einen bidirektionalen Zusammenhang zwischen der Partnerschaftszufriedenheit und dem Befinden, welche wiederum wichtige Indikatoren für die allgemeine Lebenszufriedenheit dar-

stellen (z.B. Bodenmann, 2000, 2004). Untersuchungen zur Stressbewältigung bei Eltern von einem Kind mit Down-Syndrom waren bislang eher selten (z.B. Scorgie et al., 1998; Sullivan, 2002). In Anbetracht der mehrmals bestätigten Einschränkungen von Sozialkontakten wie auch der gemeinsamen Betroffenheit der Eltern im Zusammenhang mit dem kindlichen Down-Syndrom (vgl. genuin dyadischer Stress; Bodenmann, 2000) scheint die partnerschaftliche Unterstützung eine wichtige Ressource darzustellen (vgl. Hawley & DeHaan, 1996; Lee et al., 2004). Bestehende Untersuchungen, welche die Zusammenhänge zwischen individuellen und sozialen Ressourcen und chronischen Erkrankungen simultan prüften, fanden bei Krebs- oder Herzpatienten meistens einen stärkeren Zusammenhang von mentaler Gesundheit mit individuellen als mit sozialen Ressourcen (z.B. Schröder & Schwarzer, 1997). Doch muss von einer Interkorrelation beider Ressourcenmodalitäten sowie Kumulierungseffekten ausgegangen werden, da die individuelle Gestaltung der Belastungsbewältigung eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt von unterstützenden Handlungen durch die Umwelt darstellt (vgl. Bodenmann, 2000). Das individuelle Coping trägt zu einer Förderung und dem Erhalt von sozialen Ressourcen bei, während soziale Ressourcen wiederum vor einem Abbau von individuellen Ressourcen schützen und deren Entwicklung fördern (siehe z.B. Filipp & Aymanns, 1987).

In Anbetracht der Komplexität täglicher Stressprozesse bedarf es bei der Betrachtung der elterlichen „Krankheitsbewältigung“ im Zusammenhang mit dem kindlichen Down-Syndrom simultane Effekt-Analysen der sozialen und individuellen Ressourcen (Filipp & Aymanns, 1987). Folglich wurde in der vorliegenden Untersuchung anhand eines Pfadmodells eine gleichzeitige Überprüfung der Zusammenhänge des individuellen Stresscopings als auch der sozialen Unterstützung (wahrgenommene partnerschaftliche und soziale Unterstützung) mit dem Befinden und der Partnerschaftszufriedenheit vorgenommen. Um eine differenziertere Betrachtung von individuellen als auch dyadischen Stressprozessen zu gewährleisten, erfolgte die Überprüfung des Modells sowohl für die Mütter als auch die Väter. Untersuchungen zu Geschlechtsunterschieden legen nahe, dass Frauen sich eher mit emotionalen Aspekten eines Problems befassen und soziale Strategien anwenden, während Männer Anforderungen vermehrt individuell mit problemorientierten Strategien bewältigen (z.B. Endler & Parker, 1990; Thoits, 1991). Dieses geschlechtstypische Copingverhalten konnte durch eine Untersuchung an mehr als 100 Elternpaaren mit einem Kind mit Down-Syndrom bestätigt werden (Sullivan, 2002). Aufgrund dieser Befundlage wurde die spezifische Funktion der Bewältigungsressourcen (Problembewältigung versus Emotionsregulation) mitberücksichtigt und in verschiedenen

Modellen getrennt betrachtet (vgl. Kohlmann, 1997). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Stress und Befinden bestand einerseits die Hypothese einer direkten (Stress-Reaktions-Modell) als auch indirekten Verbindung, vermittelt durch eine stressbedingte Abnahme der Bewältigungsmodalitäten (Mediationsmodell) (vgl. Lazarus, 1991; Schröder & Schwarzer, 1997).

7.3 Methode

7.3.1 Stichprobe

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte über schweizerische Vereinigungen für Eltern von einem Kind mit Down-Syndrom. An der Befragung nahmen 75 Elternpaare mit einem Kind mit einem Down-Syndrom (34 Mädchen, 41 Knaben) teil. Die Kinder waren zwischen zwei und elf Jahren alt ($M = 6.00$; $SD = 2.83$) (siehe Tabelle 6.1). Die Diagnose Down-Syndrom wurde bei sämtlichen Kindern bis spätestens dem sechsten Lebensmonat durch Chromosomenanalysen sichergestellt und mitgeteilt. Die betroffenen Kinder lebten zuhause bei ihren Eltern, dabei lag die kindliche Betreuung hauptsächlich bei den Müttern. Lediglich fünf der befragten Väter gaben an 60-100% der Verantwortung für die Pflege, Erziehung und Förderung des Kindes mit Down-Syndrom zu tragen. Die Paare sind im Durchschnitt 12.73 Jahre ($SD = 4.86$) zusammen, wobei 98% der Paare verheiratet waren, und insgesamt eins bis vier Kinder ($M = 2.45$, $SD = 0.78$) hatten. Bei der globalen psychischen Symptombelastung (Symptomcheckliste SCL-90-R; global severity index GSI) anhand deutscher Norm-Mittelwerte (Hessel, Schumacher, Geyer & Brähler, 2001; Frauen: $M = 0.44$, $SD = 0.42$; Männer: $M = 0.30$, $SD = 0.33$) zeigten 8 % der Frauen ($M = 49.21$, $SD = 7.34$) und 18.7% der Männer ($M = 50.55$, $SD = 11.63$) eine Symptombelastung, welche oberhalb des Normgrenzwertes ($T > 60$) lag, was in etwa den Häufigkeiten der Normpopulation entspricht. Bei den erhobenen demographischen Variablen zeigten die Väter gegenüber den Müttern signifikant höhere Werte bezüglich des Alters ($t(75) = 4.94$; $p \leq .01$), der Ausbildung ($\chi^2(4,71) = 17.29$; $p \leq .01$), des Berufs ($\chi^2(3,72) = 37.43$; $p \leq .01$) wie auch des Einkommens ($\chi^2(4,71) = 106.61$; $p \leq .01$) (siehe Tabelle 7.1). Das Alter des behinderten Kindes korrelierte lediglich mit der Einschätzung der emotionalen sozialen Unterstützung bei den Müttern signifikant ($r = -.25$, $p \leq .05$).

Tabelle 7.1 Demographische Angaben sowie Mittelwerte und Standardabweichungen der Copingstrategien (N = 75 Paare)

	Mütter		Väter		Geschlechts- unterschiede
	M	SD	M	SD	
Alter	38.48	5.19	40.93	6.73	t(75)= 4.94**
Partnerschaftszufriedenheit PZ	4.20	.53	4.22	.59	F(1,74) = .11
Probleme und Beschwerden SCL-90-R	.41	.31	.32	.38	F(1,74) = 3.91+
Problemlöseverhalten					
Alleine	4.00	0.81	3.84	0.82	F(1,72) = 1.24
Partner	3.95	0.73	3.78	0.72	F(1,72) = 2.01
Soziales Umfeld	2.06	0.51	1.57	0.42	F(1,72) = 59.87**
Copingstrategien					
1. instind	3.34	0.73	3.27	0.64	F(1,74) = 0.56
2. emotind	3.15	0.55	3.49	0.50	F(1,74) = 19.07**
3. instpart	3.82	0.85	3.51	0.70	F(1,74) = 8.18**
4. emotpart	4.26	0.72	4.25	0.65	F(1,74) = 0.00
5. instrsozu	4.28	0.70	3.99	0.83	F(1,74) = 8.74**
6. emotsozu	4.05	0.77	3.73	0.77	F(1,74) = 10.90**
Einkommen					
kein	74.0%		-		$\chi^2(4,71) = 106.61^{**}$
21-40'000	11.0%		2.7%		
41-80'000	12.3%		50.0%		
über 81'000	2.7%		47.3%		
Ausbildung					
Primarschule	5.3%		4.0%		$\chi^2(4,71) = 17.29^{**}$
Sekundarschule	9.3%		1.3%		
Berufsschule	44.0%		40.0%		
Mittelschule	22.7%		9.3%		
Hochschule	18.7%		45.3%		
Beruf					
Arbeiter/in	5.5%		44.0%		$\chi^2(3,72) = 37.43^{**}$
Angestellte/r	6.8%		9.3%		
Leitende Funktion	21.6%		22.7%		
Andere	66.3%		24.0%		

Anmerkungen: ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$;

1. instind: instrumentelle individuelle stressbewältigung
2. emotind: emotionale individuelle stressbewältigung
3. instpart: instrumentelle unterstützung durch den partner
4. emotpart: emotionale unterstützung durch den partner
5. instrsozu: instrumentelle soziale unterstützung
6. emotsozu: emotionale soziale unterstützung

7.3.2 Fragebogen

Demographische Angaben

Die Eltern wurden nach Alter, Zivilstand, Ausbildung, Beruf, Einkommen, Anzahl sowie Betreuung der Kinder befragt.

Problemlöseverhalten bezüglich des Kindes mit Down-Syndrom

Zur Erfassung des Problemlöseverhaltens bei Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms wurde die Häufigkeit der Inanspruchnahme von individuellen (Anzahl Items: 2; $\alpha = .81$), partnerschaftlichen (Anzahl Items: 2; $\alpha = .74$) und sozialen (Verwandte, Bekannte, Freunde) (Anzahl Items: 8; $\alpha = .76$) Ressourcen auf einer fünfstufigen Skala (nie bis sehr oft) mittels 12 Items ($\alpha = .68$) erhoben (Beispielitems: „Ich bewältige die Belastung selber“, „Ich wende mich an den Partner“, „Ich wende mich an Freunde“).

Fragebogen zur aktuellen Belastung im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom (ABDS)

Der ABDS (Bodenmann, 1999) beinhaltet 17 fünfstufige Items ($\alpha = .87$) zur aktuellen Belastung im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom in den Bereichen: kindbezogener Stress, Stress aufgrund von Einschränkungen und Kognitionen (Beispielitems: „Erziehung“, „mangelnde Zeit für die anderen Kinder“, „soziale Isolation“, „Zukunftsängste“ usw.).

Fragebogen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit (ALZ)

Der ALZ (Bodenmann-Kehl, 1994) erfasst die allgemeine Lebenszufriedenheit mittels fünf Items ($\alpha = .89$) (Beispielitems: „Haben Sie viele Probleme?“, „Sind Sie zufrieden mit sich selbst?“) auf einer fünfstufigen Likert-Skala („gar nicht bis sehr“).

Fragebogen zur Partnerschaftszufriedenheit (PZ)

Bei diesem Fragebogen (Sander & Böcker, 1993) handelt es sich um die deutsche Übersetzung der „Relationship Assessment Scale“ (RAS) (Hendrick, 1988), welche mit sieben Items auf einer fünfstufigen Likertskala die allgemeine Partnerschaftszufriedenheit erfasst ($\alpha = .90$).

(Beispielitems: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?“, „Wie sehr lieben Sie Ihren Partner/Ihre Partnerin?“). Die einfaktorielle Skala zeigte eine zufriedenstellende Validität und Reliabilität (Sander & Böcker, 1993).

Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Der Gesamtwert ($\alpha = .97$) der SCL-90-R (Derogatis, 1992; deutsche Übersetzung: Franke, 2002) ermöglicht die Erfassung des allgemeinen psychopathologischen Stressbelastungszustandes auf einer fünfstufigen Skala („überhaupt nicht bis sehr stark“) anhand subjektiver Beeinträchtigungen durch körperliche (Somatisierung) und psychische Symptome (z.B. Depressivität, Aggressivität usw.) in den letzten sieben Tagen (Anzahl Items: 90; Beispielitems: „Kopfschmerzen“, „Neigung zum Weinen“, „Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen“ usw.). Die Skala hat sich in der Forschung als änderungssensitiv erwiesen.

Fragebogen zur Erfassung des individuellen Copings (Incope-Kurzversion)

Die Kurzform des Incope (Bodenmann, 2000) erfasst mittels 14 fünfstufiger Items ($\alpha = .73$) instrumentelle ($\alpha = .71$) (Anzahl Items: 4; Beispielitems: „Ich bitte andere um Unterstützung“, „Ich überlege mit sehr genau, was los ist und was zu tun ist“) und emotionale individuelle Copingstrategien ($\alpha = .73$) (Anzahl Items: 10; Beispielitems: „Ich schalte ab und vergesse, was gewesen ist“, „Ich beruhige mich, indem ich mir gut zurede“). Der Fragebogen hat sich seit Jahren in der Forschung bewährt.

Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings (FDCT)

Der Gesamtwert ($\alpha = .91$) des FDCT (Bodenmann, 2000) erfasst mit 41 Items das dyadische Coping (Einschätzung der eigenen Stresskommunikation und Unterstützung sowie der Stresskommunikation und Unterstützung des Partners) auf einer fünfstufigen Skala („nie bis sehr oft“). 13 Items, welche die Einschätzung der Unterstützungshandlungen des Partners ($\alpha = .91$) erheben, lassen sich in instrumentelle ($\alpha = .73$) (Anzahl Items: 4; Beispielitems: „Er/Sie übernimmt Aufgaben und Tätigkeiten, die ich sonst mache, um mich zu entlasten, wenn ich gestresst bin“, „Er/Sie unterstützt mich mit Rat und Tat, wenn ich Probleme habe“) und emotionale ($\alpha = .85$) (Anzahl Items: 9; Beispielitems: „Er/Sie gibt mir das Gefühl, dass er/sie mich versteht“, „Er/Sie zeigt mir, dass er/sie zu mir hält“) dyadische Unterstützung durch den Part-

ner unterteilen. Die Kriteriums- und Konstruktvalidität sowie die prognostische Validität wurden nachgewiesen (Bodenmann, 2000).

Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SOZU-Kurzform)

Die Kurzform des SOZU (Sommer & Fydrich, 1991) mit 22 Items ($\alpha = .93$) auf einer fünfstufigen Skala beinhaltet neben den Hauptskalen soziale Integration und Belastung auch instrumentelle ($\alpha = .88$) (Anzahl Items: 4; Beispielitems: „Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin“, „Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen“) und emotionale Unterstützung ($\alpha = .74$) (Anzahl Items: 8; Beispielitems: „Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann“, „Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte“). Sowohl die interne Konsistenz als auch die Retest-Reliabilität konnten nachgewiesen werden (Sommer & Fydrich, 1991).

7.4 Ergebnisse

Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen elterlichen Angaben wurden aufgrund der gerichteten Hypothesen Korrelationen (Pearson) mit einseitiger Signifikanztestung für die Mütter und Väter getrennt durchgeführt (siehe Tabelle 7.2). Aufgrund der Annahme von Mediationseffekten erfolgte die Überprüfung des Modells mittels Pfadanalysen (gerichtete Hypothesen) für das elterliche Geschlecht wie auch die Copingfunktionen (instrumentell, emotional) getrennt. Es wurden jeweils für beide Elternteile zwei Modelle (d.h. insgesamt vier Modelle) mit dem EQS-Programm von Bentler (2004) gerechnet, von denen dann nur diejenigen mit nicht-signifikantem Chi-Quadrat-Wert dargestellt wurden (Abbildung 7.1 und 7.2).

7.4.1 Problemlöseverhalten im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom

Beide Elternteile wendeten sich an das soziale Umfeld und lösten die Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms häufig individuell (Frauen: $t(73) = 15.67, p \leq .01$; Männer: $t(73) = 20.09, p \leq .01$) oder mit dem Partner (Frauen: $t(73) = 25.45, p \leq .01$; Männer: $t(73) = 26.79, p \leq .01$). Vergleich man das Inanspruchnahmeverhalten beider Elternteile miteinander, dann zeigte sich ein vermehrtes Aufsuchen von sozialer Unterstützung ($F(1,72) = 59.87, p \leq .01$) durch die Mütter. Der Vergleich der wahrgenommenen Copingressourcen zwischen den Elternteilen zeigte, dass die Väter höhere Werte beim emotionalen individuellen Coping ($F(1,74) = 19.07, p \leq .01$) aufwiesen, während die Mütter ein höheres Ausmaß an instrumenteller Unterstützung durch den Partner ($F(1,74) = 8.18, p \leq .01$) sowie an instrumenteller ($F(1,74) = 8.74, p \leq .01$) und emotionaler ($F(1,72) = 10.90, p \leq .01$) Unterstützung durch das soziale Umfeld berichteten (siehe Tabelle 7.1).

7.4.2 Interkorrelationen der elterlichen Angaben

Die Paarinterkorrelationen der Einschätzungen der aktuellen Belastungen im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom wiesen eine Korrelation von $r = .53 (p \leq .01)$ auf. Weiter korrelierte die Stresseinschätzung bei beiden Elternteilen in einem ähnlichen Ausmaß ($-0.42 \leq r \leq 0.69, p \leq .01$) mit den drei Befindlichkeitsvariablen (Lebenszufriedenheit, Partnerschaft, Befinden) (siehe Tabelle 7.2). Bei den Müttern zeigte das kindbezogene Stressniveau signifikante Zusammenhänge mit den verschiedenen Copingressourcen ($-0.23 \leq r \leq -0.46, p \leq .01$) mit Ausnahme des individuellen instrumentellen Copings. Die väterliche Belastung aufgrund des kindlichen Down-Syndroms ging signifikant mit einem Rückgang der wahrgenommenen instrumentellen und emotionalen sozialen Unterstützung sowie dem individuellen instrumentellen Coping einher ($-0.21 \leq r \leq -0.28, p \leq .05$). Die mütterlichen Einschätzungen des Befindens wie auch der Partnerschaftszufriedenheit korrelierten wiederum mit fast sämtlichen Ressourcen signifikant. Das väterliche Befinden hingegen wies hauptsächlich mit den beiden individuellen Ressourcentypen sowie der instrumentellen dyadischen Unterstützung ($0.25 \leq r \leq 0.57, .05 \leq p \leq .01$) und die väterliche Partnerschaftszufriedenheit mit

beiden Unterstützungsarten durch den Partner sowie dem individuellen emotionalen Coping signifikante Zusammenhänge auf ($-0.23 \leq r \leq -0.28$, $p \leq .05$) (siehe Tabelle 7.2).

Tabelle 7.2 Interkorrelationen der verwendeten Fragebogen (N = 75 Paare)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ABDS	.53**	-.62**	-.43**	.69**	-.16	-.43**	-.23*	-.24*	-.36**	-.46**
2. ALZ	-.42**	.49**	.71**	-.69**	.31**	.41**	.40**	.34**	.42**	.42**
3. PZ	-.48**	.69**	.55**	-.60**	.19*	.35**	.55**	.60**	.32**	.42**
4. SCL90	.67**	-.62**	-.46**	.39**	-.17	-.45**	-.27**	-.25*	-.29*	-.33**
5. INSTIND	-.21*	.17	.05	-.34**	.23*	.08	.28**	.24*	.24*	.30**
6. EMOTIND	.00	.40**	.25*	-.28*	.30**	.17	.26*	.35**	.05	.12
7. INSTPART	-.18	.22*	.44**	-.23*	.17	.15	.28*	.79**	.11	.21*
8. EMOTPART	-.17	.22*	.57**	-.09	.19*	.20*	.50**	.19	.09	.18
9. INSTRSOZU	-.28*	.25*	.19	-.13	.29**	-.05	.09	.33**	.38**	.79**
10. EMOTSOZU	-.22*	.11	.12	-.04	.34**	.08	.17	.36**	.75**	.38**

Anmerkungen: Korrelation (Pearson, 1-seitig); ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; rechts oben Mütter / links unten Väter

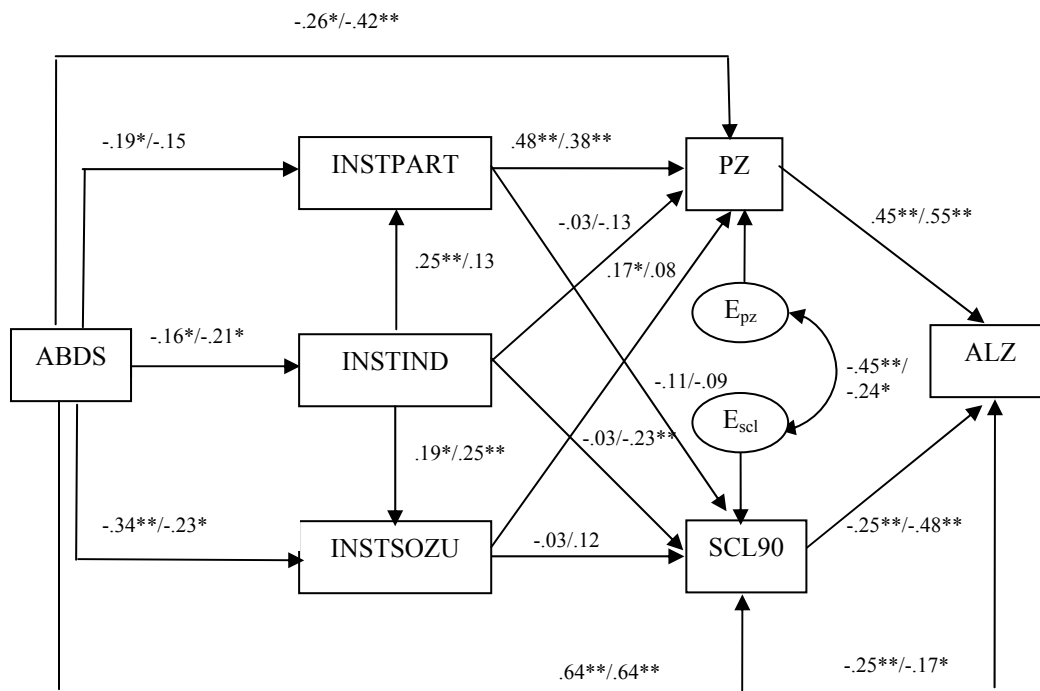
1. ABDS: Aktuelle Belastung im Zusammenhang mit dem Kind mit Down-Syndrom
2. ALZ: Allgemeine Lebenszufriedenheit
3. PZ: Partnerschaftszufriedenheit
4. SCL90: Beschwerden und Symptome
5. INSTIND: instrumentelle individuelle Stressbewältigung
6. EMOTIND: emotionale individuelle Stressbewältigung
7. INSTPART: instrumentelle Unterstützung durch den Partner
8. EMOTPART: emotionale Unterstützung durch den Partner
9. INSTRSOZU: instrumentelle soziale Unterstützung
10. EMOTSOZU: emotionale soziale Unterstützung

7.4.3 Überprüfung der pfadanalytischen Modelle

Die signifikanten Pfadkoeffizienten sowie die Testgüte (Goodness of Fit) des Bentler-Bonnet-Norm-Index sprachen für die Gültigkeit der Pfadmodelle bezüglich emotionaler ($BFI = .99$) und instrumenteller Ressourcen ($BFI = .97$) im Zusammenhang mit den mütterlichen Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms (siehe Abbildung 7.1 und 7.2). Die mütterlichen Modelle verwiesen darauf, dass der wahrgenommene Stress mit der Partnerschaftszufriedenheit sowohl in einer direkten als auch indirekten Verbindung mediiert über die partnerschaftliche und soziale Unterstützung stand. Der in den korrelativen Berechnungen signifikante Zusammenhang zwischen dem individuellen Coping und der Partnerschaftszufriedenheit ließ sich nicht auf einen direkten Effekt zurückführen, sondern wurde über die emotionale und instrumentelle partnerschaftliche als auch soziale Unterstützung vermittelt. Weiter zeigte die mütterliche Stresseinschätzung mit der psychischen Befindlichkeit trotz einer starken direkten Verbindung einen indirekten Pfad über das emotionale individuelle Coping.

Bei den Vätern konnte lediglich das Modell mit den instrumentellen Ressourcen ($BFI = .97$) bestätigt werden (siehe Abbildung 7.1), während sich das Modell bezüglich emotionaler Ressourcen aufgrund des signifikanten Chi-Quadrat-Werts ($\chi^2(4,71) = 19.83; p \leq .01$) als ungültig erwies. Die väterliche Einschätzung der Belastung stand direkt und mediiert über das individuelle instrumentelle Coping mit dem psychischen Befinden sowie direkt mit der Partnerschaftszufriedenheit, nicht aber mit der instrumentellen Unterstützung durch die Partnerin in einem signifikanten Zusammenhang. Die instrumentelle Unterstützung durch die Partnerin wiederum wies einen signifikanten Pfad zur Partnerschaftszufriedenheit auf. In sämtlichen Modellen wurden die Pfade zwischen der partnerschaftlichen Unterstützung und dem Befinden nicht mehr signifikant.

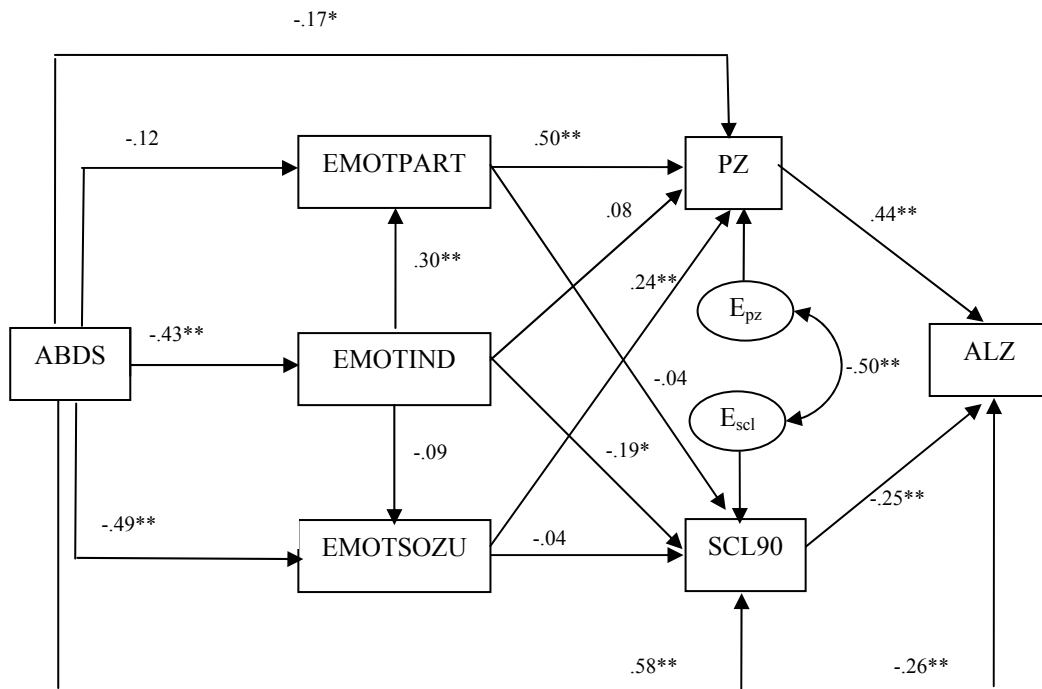
Verglich man die Modelle beider Elternteile miteinander, fanden sich bei den Müttern zusätzliche signifikante Pfade zwischen dem individuellen Coping und der Unterstützung des Partners sowie der sozialen Unterstützung und der Partnerschaftszufriedenheit. Die väterliche Unterstützungssuche (instrumentelles individuelles Coping) hingegen korrelierte lediglich mit der sozialen Unterstützung signifikant, zeigte aber eine zusätzliche signifikante Verbindung mit dem Befinden.



Anmerkungen: Die ersten Pfadkoeffizienten stellen die Werte für das Modell der Mütter ($\chi^2(4,71) = 6.92$; ns.) und die zweiten für das Modell der Väter ($\chi^2(4,71) = 6.92$; ns.) dar; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

ABDS: Aktuelle Belastung im Zusammenhang mit einem Kind mit Down-Syndrom
 ALZ: Allgemeine Lebenszufriedenheit
 PZ: Partnerschaftszufriedenheit
 SCL90: Beschwerden und Symptome
 INSTIND: instrumentelle individuelle Stressbewältigung
 INSTPART: instrumentelle Unterstützung durch den Partner
 INSTSOZU: instrumentelle soziale Unterstützung

Abbildung 7.1 Pfadanalytisches Modell zu den Zusammenhängen zwischen Belastungen aufgrund des Kindes mit Down-Syndrom, vorhandenen instrumentellen Ressourcen sowie Befindlichkeitsvariablen der Mütter sowie der Väter ($N = 75$ Paare).



Anmerkungen: Die Pfadkoeffizienten stellen die Werte für das Modell mit den emotionalen Ressourcen der Mütter ($\chi^2(4,71) = 2.88$; ns.) dar; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$;

ABDS: Aktuelle Belastung im Zusammenhang mit einem Kind mit Down-Syndrom
 ALZ: Allgemeine Lebenszufriedenheit
 PZ: Partnerschaftszufriedenheit
 SCL90: Beschwerden und Symptome
 EMOTIND: emotionale individuelle Stressbewältigung
 EMOTPART: emotionale Unterstützung durch den Partner
 EMOTSOZU: emotionale soziale Unterstützung

Abbildung 7.2. Pfadanalytisches Modell zu den Zusammenhängen zwischen Belastungen aufgrund des Kindes mit Down-Syndrom, vorhandenen emotionalen Ressourcen sowie Befindlichkeitsvariablen der Mütter ($N = 75$ Paare).

7.5 Diskussion

Entsprechend bereits bestehenden Befunden ging ein höheres Stresserleben mit ungünstigeren Werten bezüglich des Befindens, der Partnerschaftszufriedenheit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit bei beiden Elternteilen einher. Das pfadanalytische Modell konnte im Zusammenhang mit den emotionalen mütterlichen sowie den instrumentellen Ressourcen beider Elternteile belegt werden. Die beiden Modelle der Mütter unterschieden sich lediglich bezüglich der Signifikanz der Pfadkoeffizienten ausgehend vom individuellen Coping. Dieser Unterschied lässt sich aber in erster Linie auf stark divergierende Inhalte der beiden individuellen Copingmodalitäten (intrapsychische Emotionsregulierung versus Problembetrachtung und Unterstützungssuche) zurückführen. In fast allen Modellen zeigten sich zwischen dem eingeschätzten Stressausmaß und den drei Befindlichkeitsvariablen signifikante direkte wie auch indirekte Verbindungen mediiert über die erhobenen Stressbewältigungsressourcen. Neben den direkten Verbindungen zwischen dem elterlichen Stressniveau und der allgemeinen Lebenszufriedenheit konnten indirekte Pfade über das psychische Befinden und die Partnerschaft zur Lebenszufriedenheit bestätigt werden.

Entsprechend den Erwartungen zeigten beide Elternteile bei den Angaben zur Inanspruchnahme der verschiedenen Ressourcen, dass sie die Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms in erster Linie alleine oder innerhalb der Partnerschaft lösen. Die gefundenen Unterschiede zwischen den Müttern und den Vätern stimmten mit den in früheren Untersuchungen gefundenen Geschlechtsunterschieden überein (vgl. Sullivan, 2002). Bei der Interpretation der Ergebnisse muss aber beachtet werden, dass ein behindertes Kind zwar einen Stressor darstellt, welcher beide Elternteile betrifft, doch infolge der bestehenden konservativen Rollenverteilung die Mütter hauptsächlich für das behinderte Kind zuständig waren. Dies könnte eine mögliche Einseitigkeit im Paarsystem begünstigen, da die Väter zusätzliche Aufgaben zur mütterlichen Entlastung übernehmen und auch an der emotionalen Verarbeitung der kindbezogenen Belastungen beteiligt sind, aber ihre eigenen Unterstützungsgesuche zur Bewältigung ihrer zusätzlichen Belastungen aufgrund des Down-Syndroms (auch im Sinne von übernommenen Aufgaben) nicht wieder an die Mütter herantragen (vgl. Geschlechtsunterschiede). Dies wäre auch eine mögliche Erklärung dafür, dass bei den Vätern der kindbezogene Stress lediglich mit individuellen und sozialen Ressourcen signifikant korrelierte. Folglich könnte der signifikante Pfad zwischen der sozialen Unterstützung und der Partnerschaftszu-

friedenheit bei den Müttern im Sinne einer Abnahme der Entlastung des Paarsystems durch paarexterne Bezugspersonen, einhergehend mit höheren Erwartungen an den Partner gedeutet werden. Für diese Interpretation sprechen auch die Befunde, dass die Mütter zwar signifikant seltener Unterstützung im Zusammenhang mit kindbezogenen Belastungen im sozialen Umfeld aufsuchten, aber gleichzeitig hohe Werte bei der Einschätzung der wahrgenommenen Unterstützung durch das soziale Umfeld angaben. Bereits bestehende Untersuchungen hatten gezeigt, dass sich beim Anstieg der mütterlichen Belastungen aufgrund der kindlichen Behinderung eine Abnahme der wahrgenommenen Unterstützung durch den Partner verbunden mit einer geringeren Partnerschaftszufriedenheit bemerkbar machte (Roach et al., 1999). Bei den Vätern hingegen wurden die Verbindungen zwischen dem wahrgenommenen Stressausmaß und der instrumentellen Unterstützung durch die Partnerin nicht signifikant. Die Unterstützung durch den Partner bei beiden Elternteilen schien in einem vom Stressausmaß relativ unabhängigen Zusammenhang mit der Partnerschaftszufriedenheit zu stehen. Der Nachweis eines Moderatoreffekts (Puffereffekt) aber bedürfte einer weiteren Überprüfung von Interaktionseffekten mittels varianz- oder regressionsanalytischer Berechnungen (vgl. Ledermann & Bodenmann, 2006). Zusätzlich muss bei der Interpretation der Modelle beachtet werden, dass aufgrund des Querschnittsdesigns keine Kausalitätsaussagen gemacht werden können, sondern von bidirektionalen Beeinflussungen sämtlicher Variablen ausgegangen wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die untersuchten Bewältigungsressourcen im Hinblick auf die Partnerschaftszufriedenheit eine wichtige Rolle spielten, welche wiederum mit den erhobenen psychischen Symptomen in enger Verbindung stand. Beim psychischen Befinden hingegen wies der direkte Pfad ausgehend von den Stressberichten trotz zusätzlichen signifikanten Verbindungen mediiert über das individuelle Coping weiterhin einen hohen Wert auf. Bei der Interpretation dieser Befunde muss jedoch beachtet werden, dass die Erfassung des Befindens durch ein klinisches Messinstrument erfolgte. Trotz vieler Hinweise auf bidirektionale Verbindungen zwischen sozialen Ressourcen und klinischen Symptomen, hat sich im Laufe verschiedener Untersuchungen gezeigt, dass aufgrund vieler Einflussfaktoren bei der Störungsentstehung und –aufrechterhaltung die Varianzaufklärung durch einen einzelnen Faktor doch eher gering ist (vgl. Perez et al., 2005). Hinzu kommt, dass wegen der mangelnden internen Konsistenz der Subskalen der Symptomskala, der Gesamtwert (GSI) in die Analysen einbezogen wurde, welcher eine heterogene Gruppe psychischer Symptome erfasst. Folglich wäre eine erneute Prüfung der Modelle mit der Befindlichkeitserfassung durch ein anderes Instrument interessant. Eine weitere Einschränkung der Aussagekraft liegt in der Re-

präsentativität der vorliegenden Stichprobe. Die erhobene Elterngruppe stellte aufgrund der Tatsache, dass in den Familien keine Heimeinweisung des behinderten Kindes erfolgte, und die Eltern hohe Werte bei den wahrgenommenen Ressourcen angaben, doch eher eine erfolgreich bewältigende Teilgruppe dar (vgl. Roach et al., 1999), welche bereits die Möglichkeit einer zusätzlichen Unterstützung durch eine Elternvereinigung in Anspruch nahm.

Obwohl die Unterstützung durch den Partner gerade bei der mütterlichen Bewältigung der Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms eine wichtige Ressourcenquelle darstellte, schien aufgrund der konservativen Rollenverteilung die Gefahr eines Ungleichgewichts bei der gemeinsamen Bewältigung mit ungünstigen Auswirkungen auf alle drei Befindlichkeitsvariablen zu bestehen. Dies könnte durch eine egalitärere Rollen- und Aufgabenverteilung wahrscheinlich vermieden werden. Weiter verwiesen die hohen Interkorrelationen zwischen den Fehlertermen der Partnerschaftszufriedenheit und des Befindens auf die Existenz anderer Aspekte der Partnerschaft, welche mit dem Befinden in Verbindung stehen und als Puffer gegen negative Stresseinwirkungen (Bodenmann, 2000) fungieren könnten. Doch schienen die individuellen wie auch partnerschaftlichen Bewältigungsressourcen gerade bei einem erhöhten kindbezogenen Belastungsniveau die starke Abnahme der wahrgenommenen sozialen Unterstützung nicht gänzlich zu kompensieren. Eine Verbesserung von familienexternen Angeboten (z.B. Elternvereinigungen), in dessen Rahmen auch eine gegenseitige Unterstützung der betroffenen Eltern untereinander stattfinden könnte (vgl. Kerr & McIntosh, 1999), wäre eine weitere sinnvolle Unterstützungsmöglichkeit.

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass bei der Betrachtung von Stressprozessen bei Eltern mit zusätzlichen kindbezogenen Belastungen neben einer spezifischen Erfassung des kindbezogenen Stressniveaus sowie dem Einbezug verschiedener Ressourcenquellen der systemische Bezug (hier der Einbezug beider Elternteile) von großer Wichtigkeit ist. Dank diesem Vorgehen konnten neue interessante Erkenntnisse bezüglich elterlicher Stressprozesse im Zusammenhang mit Belastungen aufgrund des kindlichen Down-Syndroms gewonnen werden.

8 Depressionsverläufe und das dyadische Coping

Eingereicht als: Gabriel, B., Bodenmann, G., Widmer, K., Charvoz, L., Schramm, E. & Hautzinger, M. (in Revision). Auswirkungen der kognitiven Verhaltenstherapie, der interpersonellen Psychotherapie sowie der bewältigungsorientierten Paartherapie zur Behandlung von Depressionen auf das beobachtete dyadische Copingverhalten. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*.

8.1 Zusammenfassung / Abstract

Theoretischer Hintergrund: Bestehende Befunde sprechen für einen bedeutungsvollen Zusammenhang zwischen der partnerschaftlichen Bewältigung von Stress und dem Verlauf von depressiven Erkrankungen. *Methode:* Es erfolgte erstmals eine differenzierte Überprüfung der Therapieeffekte (Prä-Post) der kognitiven Verhaltenstherapie KVT (n = 17 Paare), der interpersonellen Therapie IPT (n = 13 Paare) und der bewältigungsorientierten Paartherapie BOI (n = 17 Paare) auf das beobachtete offene dyadische Copingverhalten bei paarexternem Stress (SEDC: Bodenmann, 1997) beider Partner bei Paaren mit einem depressiven Partner mittels multivariaten Varianzanalysen. *Ergebnisse:* Die untersuchten Therapieansätze führten zu unterschiedlichen signifikanten Veränderungen bei den positiven dyadischen Unterstützungshandlungen beider Partner, wobei sich vermehrt Unterschiede zwischen den Therapieansätzen bezüglich der Entwicklung des dyadischen Copings durch den Partner zeigten. Die Hypothese einer Abnahme von ambivalentem und negativem Coping konnte in keiner der drei Therapiegruppen bestätigt werden. *Schlussfolgerung:* Die vorliegende Therapieevaluation mittels Verhaltensbeobachtung brachte neue und interessante Erkenntnisse bezüglich der Auswirkungen der verschiedenen Therapien auf das beobachtete dyadische Copingverhalten, könnte aber durch zukünftige Weiterentwicklungen noch verbessert werden

Background: Several studies document a significant correlation between the dyadic coping of external stress and the course of depression. *Method:* Analyses of variance were computed to evaluate therapy effects (prae-post) of cognitive behavior therapy (n = 17 couples), interpersonal psychotherapy (n = 13 couples) and coping-oriented couple therapy (n = 17 couples) on the observed dyadic coping of external stress (SEDC: Bodenmann, 1997) of both partner in couples with a depressed partner. *Results:* All three treatments showed significant different

changes in the positive dyadic support behavior of both partner, whereas more group differences in the course of the dyadic coping of the partner has been found. The hypothesis of a reduction of ambivalent and negative dyadic coping as a result of the three therapies couldn't be confirmed. *Conclusion:* The present evaluation of therapies by using behavioral observation shows new and interesting findings relating to the impact of the different therapeutic approaches on the dyadic coping, whereas further developments of this method could be useful.

8.2 Einleitung

Neben verschiedenen Wirksamkeitsbelegen zu individualtherapeutischen Ansätzen wie der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1986; Hautzinger, 2003) und der interpersonellen Psychotherapie (IPT) (Klerman, Weissman & Rounsaville, 1984; Schramm, 1998) für die Behandlung von Depressionen (z.B. Elkin et al., 1989; Hautzinger, De Jong-Meyer, Treiber, Rudolf & Thien, 1996; Schramm, Calker & Berger, 2004; Wampold, Minami, Baskin & Tierney, 2002), verweisen weitere empirische Befunde auf eine deutliche Verbesserung depressiver Symptome durch paartherapeutische Interventionen (siehe zum Überblick Backenstrass, 1998; Beach, Jones & Franklin, in press; Bodenmann, 2004; De Jong-Meyer, 2005; Hahlweg, 1995). Bestehende Wirksamkeitsbefunde zu den verschiedenen Therapieansätzen erfolgten jedoch ausschließlich anhand von somatischen, kognitiven und affektiven Symptomen. Die Symptomebene der sozialen Interaktion hingegen erfuhr als Effektivitätskriterium kaum Berücksichtigung, obwohl derer Bedeutung im Zusammenhang mit dem Störungsverlauf gerade im partnerschaftlichen Kontext als gut belegt gilt (siehe zum Überblick Backenstrass, 1998; Beach et al. 1990, in press; Hahlweg, 1996).

Nach anfänglicher Fokussierung der Betrachtungen von partnerschaftlichem Interaktionsverhalten auf Konfliktsituationen, sprechen quer- als auch längsschnittliche Befunde für die zusätzliche Bedeutung von Unterstützungsinteraktionen zur Bewältigung von Stress in Partnerschaften mit einem depressiven Partner (z.B. Backenstrass, 1998; Beach et al., 1990; Bodenmann, Charvoz, Widmer & Bradbury, 2004; Coyne, Thompson & Palmer, 2002; Cranford, 2004; Reich, 2003). So berichteten bereits Monroe, Connell, Bromet und Steiner (1986) einen Zusammenhang von $r = -.37$ zwischen dem Ausmaß an Unterstützung durch den Partner und

der Schwere der Depression, während der Mangel an positiver Unterstützung sich in mehreren prospektiven Längsschnittstudien als ein wichtiger Prädiktor von depressiven Episoden herausstellte (z.B. Brown, 1996). Neuere spezifischere Befunde zur Belastungsbewältigung bei Paaren mit einem depressiven Partner hingegen verweisen auf ein depressionstypisches Verhaltensmuster, wonach depressive Personen vermehrt auf emotionale Aspekte fokussiert sind, eine erhöhte Passivität und ein vermindertes Problemlöseverhalten zeigen, die partnerschaftliche gemeinsame Stressbewältigung vermeiden, dem Partner ein vermindertes Ausmaß an Unterstützung geben sowie die Unterstützungshandlungen des Partners häufiger als ambivalent und hostile einschätzen (Backenstrass, 1998; Beach et al., 1990; Bodenmann et al., 2004; Folkman & Lazarus, 1986; Johnson & Jacobi, 2000; Moos, Cronkite & Moos, 1998). Weiter konnten durch direkte Verhaltensbeobachtung über verschiedene Settings hinweg depressionstypische para- und nonverbale Interaktionsverhaltensweisen (Sprachverlangsamung, abgewandter Blick, starrer Gesichtsausdruck, Weinerlichkeit usw.) aufgezeigt werden (z.B. Fiedler, Backenstrass, Kronmüller & Mundt, 1998; Hautzinger, Linden & Hoffman, 1982; siehe zum Überblick Backenstrass, 1998; Hahlweg, 1996). Das Unterstützungsverhalten der Partner gegenüber der depressiven Person hingegen zeichnet sich häufig, nach anfänglichem Mitgefühl, Rücksichtnahme und Unterstützung, vermehrt durch Vermeidung, Ambivalenz und Negativität aus (z.B. Backenstrass, 1998; Benazon, 2000; Coyne, Ellard & Smith, 1990; Joiner & Metalsky, 1995). Weitere Überlegungen und Befunde zur Unterstützung durch den Partner fokussieren auf funktionale und dysfunktionale Aspekte wie beispielsweise Solidarisierung bei gleichzeitiger Akzeptanz von Freiräumen, Billigung und Anerkennung depressiver Emotionen ohne Verstärkung derselben, Hilfestellung zur Förderung der Selbständigkeit und –wirksamkeit ohne vollständige Übernahme sowie Wertschätzung und Anerkennung von angemessenem nicht depressionstypischem Verhalten (siehe zum Überblick Beach et al., 1990; Bodenmann, 2004). Das depressive Verhalten als auch das ungünstige Partnerverhalten werden im Sinne von Zwangsprozessen gegenseitig aufrechterhalten und verstärkt (siehe Coyne, 1976; Coyne et al., 1990; Reich, 2003). Bezüglich der Kausalität von depressionstypischen partnerschaftlichen Interaktionsverläufen bestehen widersprüchliche Ansichten, wobei die Befundlage auf einen bidirektionalen Zusammenhang zwischen der Depression und dem partnerschaftlichen Interaktionsverhalten verweist (z.B. Beach et al., 1990; Benazon, 2000; Hautzinger et al., 1982; Hooley & Hahlweg, 1986; Fiedler et al., 1998; Moos et al., 1998).

In der vorliegenden Untersuchung sollte wurde eine erstmalige Betrachtung der Auswirkungen von bereits gut evaluierten individualtherapeutischen Ansätzen wie der KVT und IPT so-

wie des bewältigungsorientierten paartherapeutischen Interventionsansatzes (BOI: vgl. Bodenmann, 2004, 2006) (siehe Kurzbeschreibungen der Therapien Tabelle 8.1) auf das dyadische Unterstützungsverhalten beider Partner bei der Bewältigung von individuellem paarexternem Stress (vgl. auch dyadisches Coping¹; Bodenmann, 2000, 2004) mittels offener Verhaltensbeobachtung vorgenommen. Es bestanden dabei die Erwartungen einer Zunahme von aktiven und adäquaten Unterstützungshandlungen, einer Abnahme von Negativität und Ambivalenz sowie einer Zunahme von gemeinsamen Stressbewältigungshandlungen infolge aller drei Therapiegruppen. Bezüglich aktiver und adäquater Copinghandlungen bestanden je nach Therapieansatz differentielle Hypothesen. Während bei den mit KVT behandelten depressiven Personen in erster Linie eine Zunahme von sachbezogenen verbalen und positiven nonverbalen Unterstützungshandlungen erwartet wurden, sollten sich infolge der IPT zusätzliche Verbesserungen sozialer Fertigkeiten (z.B. positive emotionsbezogene Unterstützungshandlungen, aktives Zuhören, Rückfragen) abzeichnen (vgl. auch Hautzinger, 2003; Schramm, 1998).

Bei der BOI hingegen stellt das Erlernen angemessener dyadischer Copingstrategien neben der Förderung der partnerschaftlichen Intimität und Akzeptanz, gemeinsamer hedonistischer Tätigkeiten, Kommunikations- und Problemlösekompetenzen einen wichtigen Ansatzpunkt bei der Behandlung von Depressionen dar (siehe Bodenmann, 2004, 2006). Dabei sollte eine angemessene dyadische Stressbewältigung durch die Trichtermethode der emotionalen Stressexploration (Bodenmann, 2004, 2006) erlernt werden, bei welcher der eine Partner durch aktives Zuhören, Paraphrasieren und offene Fragen dem anderen bei der Klärung der momentanen Emotionen hilft. Dieses Vorgehen ermöglicht sowohl ein tieferes Verständnis der eigenen Emotionen und der darunter liegenden Schemata als auch ein erhöhtes Interesse und Verständnis beim Partner, um in einer zweiten Phase in Passung zum berichteten Stresserleben die optimale Unterstützung geben zu können (vgl. 3-Phasen-Methode: Bodenmann, 2004, 2006). Folglich wurde bei beiden mit BOI behandelten Personen im Sinne von aktiven und adäquaten Copinghandlungen in erster Linie die Anwendung der Trichtermethode (Paraphrasieren, aktives Zuhören und offenes Nachfragen) sowie darauf folgende sachliche und emotionale Unterstützungshandlungen erwartet. Aufgrund unterschiedlichen Ausmaßes des Einbezugs der Partner in den Therapieprozess, mussten sich in der BOI-Gruppe die stärksten

¹Unter dyadischem Coping werden gemeinsame Bewältigungsbemühungen von partnerschaftsexternem Stress im Prozess der Stressäußerung des einen Partners und Antwortreaktionen (Hilfe zur Stressexploration, Unterstützung) des anderen Partners verstanden.

und in der KVT-Gruppe die schwächsten Verhaltensveränderungen bei den Partnern abzeichnen.

Tabelle 8.1 Kurzüberblick über die 3 Therapieansätze

Therapie	Inhalte der Therapien
KVT Individuum-orientiert:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestufte Aufgaben ➤ Tagesplanung ➤ Aktivitätenaufbau ➤ Selbstbeobachtung ➤ Kognitive Umstrukturierung ➤ Realitätstestung ➤ Reattributionstraining
IPT Individuum-orientiert:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aufbau sozialer Kompetenzen ➤ Kommunikationstraining ➤ Problemlösetraining ➤ Selbstsicherheitstraining ➤ Konfliktbewältigung
BOI Paar-orientiert:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbesserung der Situationseinschätzungen ➤ Verbesserung des individuellen und dyadischen Copings ➤ Verbesserung der Wahrnehmung von Stress seitens des Partners ➤ Verbesserung der Stresskommunikation ➤ Erlernung der Trichtermethode ➤ Kommunikationstraining ➤ Problemlösetraining

8.3 Methode

8.3.1 Design der Studie

Bei der vorliegenden Untersuchung handelte es sich um eine kontrollierte, randomisierte Vergleichsstudie von drei Psychotherapieansätzen (KVT, IPT, BOI: manualisierte und standardisierte Kurztherapien zu jeweils 20 Stunden) zur Behandlung von Depressionen, welche von gut ausgebildeten, erfahrenen und regelmäßig supervisierten Therapeuten durchgeführt wurden. Die Rekrutierung erfolgte über Arztpraxen und Medien. Einschlusskriterien waren: a) psychiatrische Diagnose einer unipolaren depressiven Störung nach DSM-IV anhand des Strukturierten Klinischen Interviews (SKID) (Wittchen et al., 1990), b) BDI-Wert (Grenzwert zur milden Depression, $BDI > 11$; vgl. Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995), c) feste Partnerschaft (mindestens 1 Jahr) und d) eine ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit ($IQ > 80$). Als Ausschlusskriterien galten a) bipolare Störungen, b) sekundäre Depressionen bei zusätzlichen Komorbiditäten (z.B. Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus) sowie c) akute Suizidalität.

Von den insgesamt 61 Paaren, welche nach randomisierter Therapiezuweisung an der Studie teilnahmen, wurden die 47 Paare (KVT: $n = 17$; IPT: $n = 13$; BOI: $n = 17$) in die Berechnungen einbezogen, welche die Therapie beendeten und einverstanden waren zum Prä- und Post-Zeitpunkt Paargespräche vor laufender Videokamera zu führen. Es handelte sich bei der vorliegenden Stichprobe um Paare mit einem Partner mit mäßigen bis schweren Depressionen (KVT: $M = 27.45$, $SD = 7.86$, $Range = 15.5 - 43.5$; IPT: $M = 25.06$, $SD = 5.82$, $Range = 15 - 34$; BOI: $M = 23.74$, $SD = 6.56$, $Range = 15.5 - 39$), was in etwa einer repräsentativen Stichprobe depressiver Patienten ($M = 23.7$, $SD = 9.8$) (vgl. Hautzinger et al., 1995) entsprach. Bezüglich der Partnerschaftszufriedenheit lagen die Einschätzungen beider Partner (KVT: Depressive: $M = 55.24$, $SD = 20.26$, $Range = 16 - 89$; Partner: $M = 55.29$, $SD = 19.27$, $Range = 11 - 87$; IPT: Depressive: $M = 50.77$, $SD = 18.35$, $Range = 22 - 80$; Partner: $M = 51.09$, $SD = 18.76$, $Range = 22.8 - 83$; BOI: Depressive: $M = 51.85$, $SD = 18.28$, $Range = 18.9 - 78$; Partner: $M = 51.72$, $SD = 13.32$, $Range = 36 - 79$) nahe beim Grenzwert zwischen zufriedenen und unzufriedenen Paaren. Die Vergleiche sämtlicher demographischer Angaben zum Prä-Zeitpunkt zwischen den drei Therapiegruppen ergaben keine signifikanten Unterschiede ($p > .2$) (Tabelle 8.1, 8.2, 8.4).

8.3.2 Fragebogen

Demographische Angaben

Die Paare wurden zu Alter, Geschlecht, Anzahl Kinder, Partnerschaftsdauer, Ausbildung, Einkommen, Medikamenteneinnahme sowie Depressionsverlauf befragt.

Partnerschaftsfragebogen (PFB)

Der Gesamtwert des PFB (Hahlweg, 1996a) mit den Subskalen Zärtlichkeit, Streitverhalten und Gemeinsamkeit setzt sich aus 30 Items (4-stufige Skala) zusammen. Die interne Konsistenz ($\alpha \geq .90$) und Validität des Messinstruments konnte vielfach nachgewiesen werden (Hahlweg, 1996a).

Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Der Fragebogen (Beck & Steer, 1987) umfasst 21 Aussagen, welche im Gesamtsummenwert die Schwere der depressiven Verstimmung bzw. Depression anhand der Intensität (4-stufige Skala) der verschiedenen Symptome der Depression (z.B. Pessimismus, Versagensgefühle, Appetitstörungen etc.) angeben. Die Gütekriterien konnten international konsistent bestätigt werden (Hautzinger et al., 1995).

8.3.3 Verhaltensbeobachtung

Es wurden jeweils 2 Paargespräche in einem standardisierten Setting im persönlichen Umfeld bei den Paaren zuhause videographiert, wobei die Frau als auch der Mann während 10 Minuten von einem Stresserlebnis berichteten, während der Partner oder die Partnerin zuhören und Unterstützung geben sollte. Die mikroanalytischen Videoauswertungen mittels eines computergestützten Analysesystems (Computer Aided Observation System CAOS: Bourquard, Bodenmann & Perrez, 1992-2005) erfolgten anhand des Kodiersystems des supportiven emotionalen dyadischen Copings (SEDC: Bodenmann, 1997). Bestimmte Verhaltenskategorien des SEDC (siehe Bodenmann, 1997, 2000) wurden aufgrund des seltenen Auftretens bei beiden Messzeitpunkten (z.B. gemeinsames ($n \leq 8$), floskelhaftes ($n \leq 6$), nonverbal und verbal hostiles ($n \leq 3$) dyadisches Coping) mit anderen Kategorien zusammengefasst:

1. *Sachliches supportives dyadisches Coping*: problembezogenes sowie gemeinsames sachbezogenes supportives dyadisches Coping (sachbezogene Erklärungen und Hilfestellungen, gemeinsame sachbezogene Problembetrachtung und –lösung)
2. *Zuhören* (aufmerksames Zuhören, Interesse, Paraphrasieren)
3. *Nachfragen* (Fragen zur Gefühls- und Emotionsklärung)
4. *Verbales emotionales supportives dyadisches Coping*: verbales und gemeinsames emotionales supportives dyadisches Coping (Empathie, Mithilfe zur Gefühlsberuhigung und Umwertung, Bestärkung, gemeinsame gegenseitige Emotionsregulierung)
5. *Nonverbales emotionales supportives dyadisches Coping* (Zärtlichkeit, Lächeln, liebevolles Anschauen)
6. *Negatives dyadisches Coping*: ambivalentes, floskelhaftes, verbales und nonverbales hostiles dyadisches Coping (Unterstützungshandlung mit nonverbalen und paraverbalen Anzeichen von Desinteresse, geheuchelte Anteilnahme, feindselige Äußerungen, nonverbal ablehnendes Verhalten).

Zwei Beobachterinnen kodierten die Videobänder unabhängig voneinander in fünfminütigen Zeitintervallen im Doppel-Blind-Verfahren, wobei eine Beobachterin die Frau und die andere den Mann analysierte. Die Kodiererinnen wurden während drei Monaten in das Kodiersystem eingeführt und trainiert. Die Interrater-Reliabilitäten (Kappa-Koeffizienten) für die verschiedenen Kategorien lagen zwischen .75 und 1. Das Kodiersystem hat sich in mehreren Untersuchungen bewährt (Bodenmann, 2000).

Tabelle 8.2 Demographische Angaben

	KVT (n = 17)				IPT (n = 13)				BOI (n = 17)				Gruppenunterschiede	
	Depressive		Partner		Depressive		Partner		Depressive		Partner		Depressive	Partner
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Alter	44.47	11.18	46.76	8.92	43.41	10.31	45.17	11.34	45.65	10.17	48.00	8.95	F(2,44) = 0.22	F(2,44) = 0.73
Anzahl Kinder	1.20	1.14	1.56	1.46	1.62	1.40	1.31	1.19	1.69	.94	2.00	.91	F(2,44) = 0.63	F(2,44) = 1.16
Partnerschaftsdauer	18.16	11.90			13.83	7.80			15.96	10.27			F(2,44) = 0.66	
Depressionsdauer	14.39	14.18			8.85	8.28			12.10	8.43			F(2,44) = 1.06	
Geschlecht														
Frau	70.6%		29.4%		41.2%		58.8%		61.5%		38.5%		$\chi^2(2) = 3.13$	
Mann	29.4%		70.6%		58.8%		41.2%		38.5%		61.5%			
Ausbildung														
Primarschule			5.9%		11.8%		5.9%		7.7%					
Berufsschule	52.9%		58.8%		41.2%		41.2%		38.5%		46.2%		$\chi^2(6) = 3.04$	$\chi^2(6) = 3.36$
Mittelschule	11.8%		5.9%		5.9%		23.5%		15.4%		15.4%			
Universität	35.3%		29.4%		41.2%		29.4%		38.5%		38.5%			
Einkommen														
0 bis 20'000	41.1%		17.6%		26.7%		6.7%		30.8%		7.7%			
21 bis 40'000	17.6%		5.9%		6.7%		26.7%		15.4%		7.7%			
41 bis 60'000	23.5%		17.6%		6.7%		20.0%		15.4%		38.5%		$\chi^2(8) = 10.37$	$\chi^2(8) = 8.34$
61 bis 80'000	5.9%		17.6%		40%		26.7%		7.7%		30.8%			
über 80'000	11.8%		41.2%		20%		20%		30.8%		15.4%			
Medikamente	52.9%				58.8%				61.5%				$\chi^2(2) = .24$	

Anmerkungen: ***p ≤ .001, **p ≤ .01, *p ≤ .05, +p ≤ .1;

8.3.4 Auswertungsmethodik

8.3.4.1 Standardisierung der Verhaltensbeobachtungsdaten

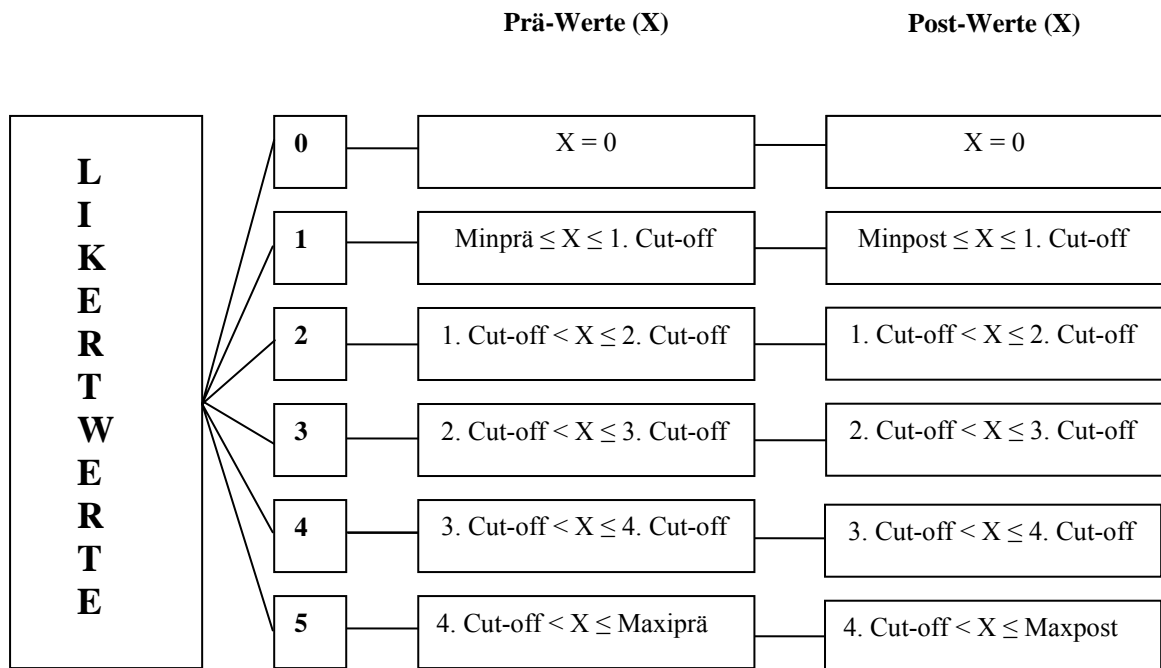
Bei sämtlichen Auswertungen wurden die relative Dauer (rd) (Gesamtdauer einer Kategorie in Sekunden / Gesamtdauer der Sequenz in Sekunden) und die relative Frequenz (rf) (Gesamthäufigkeit einer Kategorie / Gesamtdauer der Sequenz in Sekunden) der verschiedenen Verhaltenskategorien verwendet. Aufgrund der breiten Streuungen der Verhaltensbeobachtungsdaten war die Voraussetzung für varianzanalytische Verfahren stark eingeschränkt. Dies konnte durch die Transformation der Beobachtungsdaten in eine Likertskala (0-5) korrigiert werden (siehe Abbildung 9.1). Dabei wurden die Wertebereiche für die verschiedenen Skalenwerte sowohl für die Prä- als auch die Post-Werte anhand des Medians der Prä-Werte (> 0) berechnet². Die Rekodierung der Beobachtungsdaten (Prä- und Post-Werte) in die Likertskala eins bis fünf erfolgte am Median (Md) für sämtliche Prä-Werte (> 0) über alle drei Therapiegruppen hinweg ($N = 47$) für Depressive und Partner, jede Verhaltenskategorie sowie relative Dauer und Häufigkeit getrennt. Beobachtungswerte außerhalb dieser Skalierung wurden entweder auf den Likertwert 1 gehoben oder 5 zurückgestuft (siehe Abbildung 9.1).

8.3.4.2 Berechnungen der Therapieeffekte

Zur multi- und univariaten varianzanalytischen Überprüfung der gerichteten Hypothesen erfolgten die Berechnungen der Gruppenunterschiede zum Post-Zeitpunkt mittels Kovarianzanalysen unter Festhaltung des Prä-Wertes (Post-Hoc-Analysen: Scheffé-, Bonferroni-Korrektur) und die Veränderungsmessungen (Zeiteffekte, Interaktionseffekte: Zeit*Therapiegruppe) mittels 3 x 2 Varianzanalysen für die depressive Person und deren Partner sowie für das positive und negative supportive dyadische Coping getrennt (siehe Tabelle 9.2, 9.4). Beim Auftreten von signifikanten Interaktionseffekten wurden zusätzliche varianzanalytische Berechnungen zur Überprüfung signifikanter Veränderungen während des Behandlungsintervalls für jeden Therapieansatz einzeln durchgeführt. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße und der damit verbundenen geringeren Power bei den Testungen, wurden zusätzlich auch tendenzielle Effekte ($.05 < p \leq .1$) dargestellt und diskutiert. Die Berechnung der Inter-Gruppen-Effektstärken erfolgte aufgrund der teilweise stark zwischen den Therapiegruppen divergierenden Verhaltensausprägungen zum Prä-Zeitpunkt anhand der Gruppenmit-

² Die Formel für die Berechnung der Wertebereiche der Likertwerte (WB): $WB = 2 * Md (\text{Prä-Werte} > 0) / 5$

telwertdifferenzen und Standardfehlern des Scheffés (siehe Tabelle 9.3), was in Anbetracht der kleinen Gesamtstichprobe ein strenges Vorgehen darstellte.



Anmerkungen: Minprä = Kleinster Prä-Wert > 0
 Minpost = Kleinster Post-Wert > 0
 Maxprä = Höchster Prä-Wert > 0
 Maxpost = Höchster Post-Wert > 0
 Median = 50%-Marke der Prä-Werte > 0
 1. Cut-off = $2 * (\text{Median der Prä-Werte} > 0 / 5)$
 2. Cut-off = $4 * (\text{Median der Prä-Werte} > 0 / 5)$
 3. Cut-off = $6 * (\text{Median der Prä-Werte} > 0 / 5)$
 4. Cut-off = $8 * (\text{Median der Prä-Werte} > 0 / 5)$

Abbildung 8.1 Rekodierung der Beobachtungsdaten (Prä- und Post-Werte) in die Likertwerte null bis fünf anhand des Medians für sämtliche Prä-Werte (> 0) über alle drei Therapie sowie relative Dauer und Häufigkeit getrennt.

8.3.4.3 Kontrolle der Depression und der Partnerschaftszufriedenheit

Es zeigten sich keine Gruppenunterschiede ($p < .05$) bezüglich der Depression (*prä*: $F(2,44) = 1.27, p = 0.29$; *post*: $F(2,44) = 0.68, p = 0.70$) wie auch der Partnerschaftszufriedenheit (Depressive: *prä*: $F(2,44) = 0.22, p = .80$; *post*: $F(2,44) = 0.19, p = .86$; Partner: *prä*: $F(2,44) = 0.26, p = .78$; *post*: $F(2,44) = 0.30, p = .74$) zu beiden Messzeitpunkten. Alle drei Therapieansätze führten in einem ähnlichen Ausmaß (Interaktionseffekte: $p = .59$) zu einer signifikanten Senkung der Depression ($p \leq .001$; KVT: $d = 1.37$, IPT: $d = 1.70$, BOI: $d = 1.21$)³ beziehungsweise zu einer geringfügigen Veränderung der Partnerschaftszufriedenheit beider Partner ($p < .1$) (siehe Tabellen 9.2, 9.4). Auch die zusätzliche Überprüfung durch die Kovarianzanalyse unter Festhaltung des Prä-Wertes beim BDI ($F(2,44) = 0.38; p = .68$) bestätigte ein ähnliches Ausmaß der Depressionsverbesserung infolge aller drei Therapieansätze.

8.4 Ergebnisse

8.4.1 Gruppenunterschiede und Veränderungen des dyadischen Copings bei der depressiven Person

Die MANCOVAs bezüglich positiver supportiver dyadischer Copinghandlungen bei den depressiven Personen zum Postzeitpunkt (rd: $F(5,40) = 1.24, ns.$; rf: $F(5,40) = 1.63, p \leq .1$) ließen kaum signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen erwarten. So zeigten die anschließenden ANCOVAs lediglich höhere Werte beim nonverbalen emotionalen supportiven dyadischen Coping der mit KVT (rd: $d = 0.32, p \leq .1$; rf: $d = 0.39, p \leq .05$) und IPT (rd: $d = 0.34$, rf: $d = 0.35, p \leq .1$) gegenüber den mit BOI behandelten Patienten.

Die MANOVAs (rd: $F(5,39) = 2.08, p \leq .05$; rf: $F(5,39) = 2.59, p \leq .05$) verwiesen auf signifikante Veränderungen von positiven supportiven dyadischen Copinghandlungen, wobei sich diese entsprechend den multivariaten Interaktionseffekten (rd: $F(5,40) = 1.08, p \leq .1$; rf: $F(5,40) = 1.08, p \leq .1$) zwischen den drei Behandlungsbedingungen teilweise unterschieden (siehe Tabelle 8.3, 8.4). Bei den darauf folgenden ANOVAs konnten signifikante Zeiteffekte

³ Effektstärke nach Cohen's d

beim aktiven Zuhören (rd, rf: $p \leq .05$), verbalen emotionalen (rd: $p \leq .05$) und sachlichen (rd, rf: $p \leq .05$) Coping vermerkt werden. Entsprechend dem tendenziellen Interaktionseffekts ($p \leq .1$) zeigten lediglich die depressiven Personen der KVT ($F(1,16) = 3.63, p \leq .05, d = -0.38$) und der IPT ($F(1,11) = 3.38, p \leq .05, d = -0.63$) eine nennenswerte Abnahme in der relativen Dauer von aktivem Zuhören. Die Effektstärken verwiesen beim sachlichen Coping trotz des nicht-signifikanten Interaktionseffekts ($p > .1$) darauf, dass lediglich die depressiven Personen der KVT-Gruppe (rd: $F(1,16) = 3.62, p \leq .05, d = 0.52$; rf: $F(1,16) = 3.57, d = 0.56, p > .1$) und IPT-Gruppe (rd: $F(1,11) = 3.38, p \leq .05, d = 0.38$; rf: $F(1,11) = 3.38, p \leq .05, d = 0.40$) eine nennenswerte Zunahme zeigten. Bei der relativen Dauer von verbalem emotionalem supportive Coping (Interaktionseffekt: $p \leq .1$) zeigte sich eine Abnahme bei den Patienten der KVT-Gruppe ($F(1,16) = 3.60, p \leq .05, d = -0.45$) gegenüber den beiden anderen Patientengruppen (IPT: $d = 0.10$; BOI: $d = 0.23, ns.$). Weiter ließen sich auch beim nonverbalen emotionalen supportiven Coping (rf: KVT: $F(1,16) = 4.26, p \leq .05, d = 0.39$; IPT: $d = 0.18, ns.$; BOI: $F(1,16) = 3.26, p \leq .05, d = -0.36$) unterschiedliche Entwicklungen je nach Therapiegruppe (Interaktionseffekt: $p \leq .05$) beobachten. Bei den MANOVAs zu den Veränderungen positiver Unterstützungshandlungen für jede Therapie einzeln zeigte lediglich die KVT einen tendenziell signifikanten Effekt (rd: $F(5,12) = 2.28, p < .1$). Die Gruppen-, Zeit- und Interaktionseffekte beim negativen dyadischen Coping wurden bei allen drei Therapiegruppen nicht signifikant ($p > .1$) (siehe Tabelle 8.3, 8.4).

Tabelle 8.3 Mittelwerte, Standardabweichungen, Therapiegruppen-, Zeit- und Interaktionseffekte (Therapiegruppen- x Zeiteffekte) der depressiven Personen

	KVT (n = 17)				IPT (n = 13)				BOI (n = 17)			
	prä		post		prä		post		prä		post	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Depression (BDI)	27.45	7.86	14.41	10.92	25.06	5.82	11.13	10.03	23.73	6.56	13.90	10.59
Partnerschaft (PFB)	55.29	20.19	56.83	17.68	50.77	18.35	53.63	21.67	52.50	17.87	53.83	17.63
Dyadisches Coping relative Dauer (rd)												
Sachlich	1.00	1.84	2.47	2.35	0.50	0.91	1.15	1.57	1.47	1.97	1.47	2.04
Zuhören	2.59	0.94	2.24	1.03	3.25	0.87	2.62	1.19	2.82	1.07	2.77	0.97
Nachfragen	1.82	1.88	1.29	1.93	1.08	1.93	1.62	2.22	1.00	1.62	1.71	2.31
Emotional verbal	3.82	1.43	3.24	1.56	2.08	1.51	2.23	1.74	2.41	1.66	2.76	1.82
Emotional nonverbal	1.59	2.09	2.00	2.15	1.58	2.15	1.92	2.25	1.53	1.94	0.88	1.50
Negativität	1.29	2.02	1.29	2.02	1.17	1.95	0.75	1.49	1.29	1.76	1.12	1.62
Dyadisches Coping relative Frequenz (rf)												
Sachlich	0.88	1.54	2.18	2.04	0.58	1.08	1.31	1.70	1.53	2.03	1.65	2.03
Zuhören	3.29	1.21	3.00	1.32	3.33	1.15	2.69	1.11	3.06	1.35	2.65	1.12
Nachfragen	2.12	2.09	1.41	1.81	1.25	2.01	1.46	1.90	0.94	1.48	1.59	2.15
Emotional verbal	3.41	1.33	2.82	1.33	2.42	1.83	2.08	1.74	2.53	1.74	2.24	1.39
Emotional nonverbal	1.59	1.97	2.41	2.27	1.83	2.17	2.23	2.32	1.94	2.11	1.24	1.75
Negativität	1.29	1.96	1.35	2.03	1.33	2.23	1.17	1.99	1.47	1.94	1.47	1.94
	Zeit (1,43) F		Zeit*Therapie (2,43) F		Therapie (2,43) F		Scheffé		F		Scheffé	
Depression (BDI)	78.83***		0.54		0.38							
Partnerschaft (PFB)	2.01+		0.12		.08							
Dyadisches Coping	rd	rf	rd	rf	rd	rf			rf			
Sachlich	3.82*	4.84*	1.43	1.15	1.55				0.69			
Zuhören	7.79**	8.70**	1.95+	0.46	1.34				0.55			
Nachfragen	0.50	0.06	1.12	1.31	0.31				0.14			
Emotional verbal	0.02	3.30*	2.03+	0.42	0.26				0.03			
Emotional nonverbal	0.09	0.62	1.61	2.81*	2.35+		KVT > BOI+ IPT > BOI+	2.99*		KVT > BOI* IPT > BOI+		
Negativität	0.30	0.01	0.10	0.03	0.33				0.08			

Anmerkungen: ***p ≤ .001, **p ≤ .01, *p ≤ .05, +p ≤ .1; rd = relative Dauer, rf = relative Frequenz;

**Tabelle 8.4 Effektstärken (ES) (a) zwischen den Behandlungsbedingungen zum Postzeitpunkt unter Prä-Wert-Berücksichtigung
(b) zwischen den beiden Messzeitpunkten pro Behandlungsbedingung sowie (c) Interkorrelationen der Prä-Post-Werte**

(a) Gruppeneffekte	KVT-IPT				BOI-IPT				KVT-BOI				c) Interkorrelationen Prä-Post-Werte	
	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	Depressive rd	rf
Sachlich	0.28	0.18	-0.03	-0.14	0.02	0.00	-0.31	-0.29	0.26	0.18	0.28	0.16	0.09	0.19
Zuhören	0.01	0.19	-0.15	0.15	0.25	0.07	0.31	-0.26	-0.25	0.12	-0.46	0.41	0.56**	0.64**
Nachfragen	-0.12	-0.07	0.03	0.27	-0.01	0.01	0.39	0.62	-0.12	-0.09	-0.36	-0.36	0.07	0.10
Emotional verbal	-0.07	0.00	0.48	0.63	0.06	-0.04	0.18	-0.10	-0.13	0.03	0.30	0.73	0.63**	0.70**
Emotional nonverbal	-0.02	0.04	0.22	0.07	-0.34	-0.35	0.04	-0.14	0.32	0.39	0.17	0.21	0.51**	0.53**
Negativität	0.15	0.05	0.00	0.15	0.05	0.07	-0.14	-0.09	0.09	-0.03	0.14	0.24	0.14	0.13

(b) Zeiteffekte	KVT				IPT				BOI				c) Interkorrelationen Prä-Post-Werte	
	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	Partner rd	rf
Sachlich	0.52	0.56	-0.03	-0.17	0.38	0.40	0.22	0.32	0.00	0.05	-0.38	-0.27	0.50**	0.40**
Zuhören	-0.38	-0.27	-0.47	-0.06	-0.63	-0.67	-0.13	-0.32	-0.06	-0.39	0.01	-0.79	0.38**	0.69**
Nachfragen	-0.20	-0.27	0.00	0.12	0.19	0.08	-0.13	-0.43	0.26	0.26	0.45	0.57	0.42**	0.41**
Emotional verbal	-0.45	-0.57	0.43	0.53	0.10	-0.25	-0.41	-0.40	0.23	-0.23	0.16	-0.40	0.43**	0.48**
Emotional nonverbal	0.20	0.39	0.25	0.06	0.16	0.18	-0.04	0.10	-0.38	-0.36	0.04	-0.20	0.44**	0.48**
Negativität	0.00	0.02	-0.07	0.10	-0.18	-0.06	0.04	-0.04	-0.08	0.00	-0.12	-0.05	0.58***	0.64***

Anmerkungen: ***p ≤ .001, **p ≤ .01, *p ≤ .05, +p ≤ .1; rd = relative Dauer, rf = relative Frequenz;

(a) Die Effektstärken wurden nach folgender Formel berechnet: $[(M_{IX} - M_{IY} / SD_{pooled}) = \text{Gruppenmittelwertdifferenz (Scheffé)} / [\text{Standardfehler SE (Scheffé)} * (n - 1)^{1/2}]$

(b) Die Effektstärken wurden nach folgender Formel berechnet: $[(M_{IX} - M_{IY} / SD_{pooled}) = (\text{Mittelwert}_{\text{prä}} - \text{Mittelwert}_{\text{post}}) / [((SD_{\text{prä}}^2 + SD_{\text{post}}^2 - 2r_{\text{prä} \cdot \text{post}} SD_{\text{prä}} SD_{\text{post}})^{1/2})]$;

8.4.2 Gruppenunterschiede und Veränderungen des dyadischen Copings beim Partner

Bei den Partnern verwiesen die MANCOVAs (rd: $F(5,40) = 3.33, p \leq .01$; rf: $F(5,40) = 5.10, p \leq .001$) auf Gruppenunterschiede bezüglich der positiven dyadischen supportiven Verhaltensweisen zum Post-Zeitpunkt (siehe Tabelle 8.5). In den ANCOVAs zeigten die Partner der BOI-Gruppe gegenüber den Partnern der KVT-Gruppe signifikant höhere Werte bei der Dauer von aktiven Zuhören ($d = 0.46, p \leq .05$) und beim klärenden Nachfragen (rd: $d = 0.36$, rf: $d = 0.36, p \leq .1$) sowie gegenüber den Partnern der IPT-Gruppe beim Nachfragen (rd: $d = 0.39, p \leq .1$; rf: $d = 0.62, p \leq .01$). Die Partner der KVT-Gruppe hingegen wiesen sich durch signifikant höhere Werte beim verbalen emotionalen supportiven dyadischen Coping (rd: $d = 0.48, p \leq .05$; rf: $d = 0.63, p \leq .01$) gegenüber der IPT-Gruppe sowie bei der relativen Frequenz von aktivem Zuhören ($d = 0.41, p \leq .05$) und beim verbalen emotionalen supportiven dyadischen Coping (rf: $d = 0.73, p \leq .001$) verglichen mit der BOI-Gruppe aus.

Die MANOVAs (rd: $F(5,39) = 0.52, ns.$; rf: $F(5,39) = 2.03, p \leq .05$) sprachen für signifikante Veränderungen der positiven dyadischen Copinghandlungen zwischen dem Behandlungsintervall, welche aber in Anbetracht des signifikanten multivariaten Interaktionseffekts (rd: $F(5,40) = 2.03, p \leq .05$; rf: $F(5,40) = 3.06, p \leq .01$) nicht für alle drei Behandlungsbedingungen im gleichen Ausmaß zutrafen (siehe Tabelle 8.4, 8.5). Signifikante Zeiteffekte zeigten sich infolge der darauf folgenden ANOVAs bezüglich des aktiven Zuhörens (rd: $p \leq .1$; rf: $p \leq .05$), wobei der Interaktionseffekt bei der relativen Häufigkeit tendenziell signifikant ($p \leq .1$) wurde (KVT: $F(1,16) = 3.90, p \leq .05, d = -0.06$; IPT: $F(1,12) = 1.68, ns., d = -0.32$; BOI: $F(1,15) = 9.2, p \leq .01, d = -0.79$). Die signifikanten Interaktionseffekte beim verbalen emotionalen supportiven Coping (rd: $p \leq .05$; rf: $p \leq .01$) verwiesen auf unterschiedliche Verläufe je nach Interventionsgruppe (rd: KVT: $F(1,16) = 3.43, p \leq .05, d = 0.43$; IPT: $F(1,11) = 3.52, p \leq .05, d = -0.41$; BOI: $F(1,15) = 0.78, ns., d = 0.16$; rf: KVT: $F(1,16) = 3.90, p \leq .05, d = 0.53$; IPT: $F(1,11) = 6.51, p \leq .05, d = -0.40$; BOI: $F(1,15) = 4.36, p \leq .05, d = -0.40$). Ein weiterer signifikanter Interaktionseffekt ($p \leq .05$) zeigte sich bei der relativen Frequenz von Nachfragen (KVT: $F(1,16) = 0.37, ns., d = 0.12$; IPT: $F(1,11) = 31.34, ns., d = -0.43$; BOI: $F(1,15) = 7.34, p \leq .01, d = 0.57$) nicht aber bei der relativen Dauer ($p > .1$), obwohl sich auch dort entsprechend den Effektstärken Unterschiede abzeichneten (KVT: $d = 0.00$; IPT: $d = -0.13$; BOI: $d = 0.45$). Bei den MANOVAs zu den Veränderungen für jede Therapie einzeln

ließen sich bei der BOI (rf: $F(5,11) = 3.62, p \leq .01$) und IPT (rf: $F(5,8) = 4.71, p \leq .05$) signifikante Effekte vermerken. Wiederum konnten keine signifikanten Gruppen-, Zeit- und Interaktionseffekte bezüglich des negativen dyadischen Copings bestätigt werden (siehe Tabelle 8.4, 8.5).

Tabelle 8.5 Mittelwerte, Standardabweichungen, Therapiegruppen-, Zeit- und Interaktionseffekte (Therapiegruppen- x Zeiteffekte) der Partner

	KVT (n = 17)				IPT (n = 13)				BOI (n = 17)			
	prä		post		prä		post		prä		post	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Partnerschaft (PFB)	55.29	19.27	57.39	16.08	51.10	18.76	52.74	20.15	52.07	13.21	54.66	13.69
Dyadisches Coping relative Dauer (rd)												
Sachlich	1.77	2.05	1.71	1.90	1.08	1.80	1.46	1.76	1.12	1.36	0.63	1.20
Zuhören	2.88	1.11	2.35	0.86	2.69	1.11	2.54	0.97	3.24	0.97	3.25	0.86
Nachfragen	1.35	1.87	1.35	1.37	1.69	2.18	1.39	2.18	1.88	2.06	2.88	2.09
Emotional verbal	2.88	1.69	3.59	1.33	3.31	1.84	2.46	2.03	2.29	1.65	2.56	1.50
Emotional nonverbal	1.59	1.91	2.12	2.15	1.31	1.75	1.23	1.69	1.35	1.97	1.44	1.97
Negativität	1.59	1.87	1.47	1.81	1.23	2.01	1.31	2.14	0.88	1.78	0.69	1.49
Dyadisches Coping relative Frequenz (rf)												
Sachlich	1.82	2.13	1.47	1.74	0.92	1.61	1.54	1.85	1.29	1.69	0.81	1.56
Zuhören	3.06	1.25	3.00	1.06	3.15	1.21	2.85	1.21	3.18	1.19	2.50	0.82
Nachfragen	1.35	1.84	1.59	1.73	1.77	1.96	0.92	1.61	1.82	1.88	3.00	1.93
Emotional verbal	2.94	1.25	3.53	0.80	2.85	1.46	2.23	1.59	2.53	1.63	1.94	1.24
Emotional nonverbal	1.53	1.88	1.65	1.80	1.08	1.38	1.23	1.74	1.35	1.97	1.00	1.46
Negativität	1.77	2.05	1.94	2.16	1.31	2.18	1.23	2.01	0.63	1.41	0.56	1.37
	Zeit (1,43)		Zeit*Therapie (2,43)				Therapie (2,43)					
	F		F		F		Scheffé		F		Scheffé	
Partnerschaft (PFB)	1.95+		0.03		.08							
Dyadisches Coping	rd	rf	rd	rf	rd			rf				
Sachlich	0.10	0.12	1.13	1.51	1.83			1.23				
Zuhören	1.81+	7.74**	0.94	2.27+	3.60*	BOI > KVT*		2.82*		KVT > BOI*		
Nachfragen	0.37	0.27	1.28	3.48*	2.98*	BOI > IPT+		5.79**		BOI > IPT**		
						BOI > KVT+				BOI > KVT+		
Emotional verbal	0.00	2.04+	3.28*	5.91**	3.50*	KVT > IPT*		10.26***		KVT > IPT**		
										KVT > BOI***		
Emotional nonverbal	0.27	0.05	0.44	0.56	0.82			0.73				
Negativität	0.08	0.00	0.08	0.10	0.41			0.93				

Anmerkungen: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, + $p \leq .1$; rd = relative Dauer, rf = relative Frequenz;

8.5 Diskussion

Die Hypothesen bezüglich der Abnahmen von ungünstigen Unterstützungshandlungen (Ambivalenz, Floskelhaftigkeit, Negativität) konnten, da dieses Verhalten zu beiden Messzeitpunkten kaum kodiert wurde, und sich weder signifikante Veränderungen während des Behandlungsintervalls noch Intergruppenunterschiede zeigten, bei allen drei Therapieansätzen nicht bestätigt werden. Aufgrund des seltenen Auftretens von gemeinsamen dyadischen Copinghandlungen zu beiden Messzeitpunkten, flossen diese zusammen mit dem sachlichen und emotionalen supportiven Coping in die Analysen ein. Die multivariaten Effekte zu den Gruppenunterschieden von positiven Unterstützungshandlungen, wobei der Eingangswert als Kovariate berücksichtigt wurde, bestätigten die Erwartungen vermehrter Therapiegruppenunterschiede beim Verhalten der Partner zum Postzeitpunkt. Zusätzlich waren, infolge der varianzanalytischen Berechnungen bezüglich positiver Verhaltensveränderungen für jede Therapiegruppe einzeln, signifikante multivariate Effekte bei den depressiven Personen durch die KVT sowie bei den Partnern durch die IPT und BOI erkennbar.

Bei den Patienten der KVT konnten sowohl eine signifikante Zunahme von sachbezogener sowie nonverbaler Unterstützung bestätigt werden. Die Patienten der IPT-Gruppe hingegen zeigten zwar einen signifikanten Anstieg bei der Anwendung von sachlichem nicht aber von nonverbalem Coping, unterschieden sich zum Postzeitpunkt bezüglich beider Verhaltensweisen trotzdem nicht von der KVT-Gruppe, und ließen auch keine zusätzliche Zunahmen von sonstigen Unterstützungskategorien erkennen. Die Patienten der BOI zeigten entsprechend den ANCOVAs zum Postzeitpunkt, infolge einer Abnahme der Dauer und Häufigkeit dieser Kategorie, signifikant niedrigere Werte beim nonverbalen supportiven Coping. Beim sachlichen Coping wiesen sie zum Postzeitpunkt, trotz des Ausbleibens einer Zunahme, aufgrund bereits erhöhter Werte zum Prä-Messzeitpunkt keinen signifikanten Unterschied gegenüber den Patienten der beiden anderen Therapiegruppen auf. Weiter war zwar eine signifikante Abnahme bei der Häufigkeit bei gleich bleibender Gesamtdauer von aktivem Zuhören zu vermerken, doch ergab sich keine klare statistische Evidenz für eine erhöhte Anwendung der in der Therapie erlernten Trichterethode.

Bei den Partnern der BOI-Gruppe hingegen konnten gegenüber den beiden anderen Therapiegruppen signifikant höhere Werte infolge der Zunahme von Nachfragen klar bestätigt werden.

Zusätzlich ließ sich eine signifikante Abnahme der Häufigkeit bei gleich bleibender Gesamtdauer von aktivem Zuhören sowie emotionalem supportivem Coping vermerken. Die Partner der KVT-Gruppe zeigten zum Postzeitpunkt im Vergleich zur BOI-Gruppe, infolge einer Abnahme der Dauer bei gleich bleibender Häufigkeit, signifikant kürzere aber häufigere Handlungen von aktivem Zuhören, sowie, infolge einer signifikanten Zunahme der Dauer und Frequenz, eine signifikant höhere Gesamthäufigkeit nicht aber -dauer von emotionalem supportivem Coping. Bei der IPT-Gruppe machte sich ein Rückgang von verschiedenen positiven Unterstützungshandlungen durch die Partner bemerkbar, wobei diese zum Postzeitpunkt signifikant kleinere Werte in Dauer und Häufigkeit beim emotionalen supportiven Coping gegenüber der KVT-Gruppe sowie beim Nachfragen gegenüber der BOI-Gruppe aufwiesen.

Die vorliegenden Befunde ließen sich weder auf unterschiedliche Werte der Depression sowie der Partnerschaftszufriedenheit zu beiden Messzeitpunkten, noch auf eine Verbesserung der Partnerschaftszufriedenheit infolge der drei Therapieansätze zurückführen. Eine mögliche Erklärung der beobachteten Rückgänge von positiven Unterstützungshandlungen in der IPT-Gruppe bestünde darin, dass der Schwerpunkt des doch stark individualtherapeutisch ausgerichteten Ansatzes auf der Bearbeitung von interpersonellen Schwierigkeiten und Rollenkonflikten im dyadischen sowie sozialen Umfeld, und nicht auf Unterstützungshandlungen in der Partnerschaft lag. Gründe für die Passivität bei der Anwendung der Trichtermethode durch die Patienten nicht aber den Partnern der BOI-Gruppe könnten in einem bestehenden Ungleichgewicht im Paar aufgrund der Rollenzuschreibung während der Therapie sowie in der Angst vor schwer bewältigbaren Belastungen oder erneuter emotionaler Betroffenheit beim Patienten liegen. Zusätzlich muss beachtet werden, dass es sich für die Paare der BOI, im Vergleich zu den Paaren der anderen beiden Therapiegruppen, bei den auf Video aufgenommenen Paargesprächen um ein in der Therapie erlerntes Setting handelte. Folglich wäre dadurch das Risiko einer kontrollierten Anwendung erlernter Verhaltensweisen in dieser Gruppe etwas höher, woraus aber auch die Abnahme von nonverbalen Verhaltensweisen bei den Patienten der BOI resultieren könnte.

Weitere Abweichungen der vorliegenden Ergebnisse von früheren Untersuchungen (z.B. Bodenmann et al., 2004; Johnson & Jacobi, 2000; Moos, et al., 1998) ließen sich auch durch Diskrepanzen zwischen Fragebogen- versus Verhaltensbeobachtungsuntersuchungen erklären. Gründe für das Ausbleiben von offen gezeigtem gemeinsamem Coping könnten folglich einerseits in der expliziten Instruktion der Bearbeitung von individuellem paarextremem Stress

vor den Paargesprächen im Vergleich zur schriftlichen Anleitung der Einschätzung des dyadischen Copings bei Stress im Generellen, andererseits in einem unterschiedlichem definitivischen Verständnis dieses Verhaltens bei den Probanden gegenüber den Kodierern liegen (vgl. z.B. Bodenmann et al., 2004). Auch der geringe Anteil von ambivalenten und negativen Unterstützungshandlungen bei allen drei Ansätzen zu beiden Messzeitpunkten ließe sich durch eine verzerrte subjektive Einschätzung des Partnerverhaltens durch die Patienten infolge der Depression in früheren Fragebogenuntersuchungen erklären. Doch könnte der Grund auch in einer möglichen Verhaltenskontrolle aufgrund des Bewusstseins der Videobeobachtung bei den Paaren liegen. Hinzu kommt, dass Ambivalenz im Verhalten sowohl schwierig zu definieren als auch zu erfassen ist. Möglicherweise wurden der hier verwendeten Kategorie lediglich ausgeprägt ambivalente Unterstützungshandlungen zugeordnet, während weitere als ambivalent geltende Verhaltenstendenzen beispielsweise in dysfunktionalen emotionalen supportiven Copinghandlungen im Zusammenhang mit Depressionen (vgl. Beach et al, 1990; Bodenmann, 2006) oder auch in einem gesamthaft eher passiven Unterstützungsverhalten erkennbar wären. So konnten bereits im Zuge der Expressed-Emotion-Forschung vermehrt subtilere Verhaltensweisen, im Sinne verdeckter Kritikäußerungen, mit der Depression in Verbindung gebracht werden (siehe zum Überblick Backenstrass, 1998).

Die Interpretationen der vorliegenden Befunde waren zusätzlich durch teilweise stark zwischen den Gruppen divergierende Verhaltensausprägungen zum Prä-Messzeitpunkt, sowie durch die Tatsache unterschiedlicher Wirkmechanismen und Lernerfahrungen aufgrund der verschiedenen Interventionen erschwert. Die Kodierung des Unterstützungsverhaltens durch das SEDC erfolgte dabei anhand partnerschaftsrelevanter Kriterien, dessen Verhaltenskategorien Verhaltensweisen mit unterschiedlicher Relevanz bezüglich Depressionen beinhalten (vgl. Bodenmann, 2000). Zwar könnten die divergierenden Veränderungen zwischen der Häufigkeit und Dauer beim aktiven Zuhören sowie dem emotionalen supportiven Coping bei der BOI-Gruppe auf das Erlernen von angemessenen Strategien im Sinne der 3-Phasen-Methode (Bodenmann, 2004, 2006) hindeuten, doch bedürfte dies weitere Absicherungen. So erfolgte beispielsweise bei der Kodierung des aktiven Zuhörens keine Kontrolle der Passung mit der vorhergegangenen Stressäußerung, und beim verbalen emotionalen supportiven Coping keine Differenzierung zwischen funktionalen als auch dysfunktionalen Unterstützungshandlungen im depressionsspezifischen Kontext. Folglich wären für differenziertere Evaluationen der drei Interventionen weitere theoriegeleitete Ausspezifizierungen der Verhaltenskategorien entsprechend den durch die Therapieansätze definierten Funktionalitätskriterien sinnvoll und

notwendig. Zusätzlich verweisen frühere Untersuchungen auf geschlechtstypische Verhaltensmuster sowohl bei den Depressiven als auch bei den Partnern (z.B. Beach et al., 1990; Bodenmann et al., 2004), doch war aufgrund der kleinen Stichprobengrößen eine geschlechtsspezifische Betrachtung nicht möglich. Auch müssen die vorliegenden Befunde dahingehend relativiert werden, dass es sich bei der untersuchten Population um eine spezifische Stichprobe handelte, da beide Partner bereit waren an den Paargesprächen wie auch gegebenenfalls an einer Paartherapie teilzunehmen, was den Schluss auf ein bereits vor der Therapie vorhandenes gegenseitiges Interesse und Anteilnahme im Paar zulässt. Trotzdem konnte durch die vorliegende neuartige Therapiewirksamkeitsuntersuchung mittels Verhaltensbeobachtung von offen gezeigtem dyadischem Copingverhalten die erwarteten Veränderungen größtenteils bestätigt sowie neue Erkenntnisse gewonnen werden. Zukünftige Betrachtungen der weiteren Entwicklungen der hier gefundenen Verhaltensveränderungen sowie deren Bedeutung für eine anhaltende Verbesserung der Depression zu einem späteren Zeitpunkt wären von weiterem Interesse.

9 Depressionsverläufe und die dyadische Konfliktkommunikation

Eingereicht als: Gabriel, B., Bodenmann, G., Widmer, K., Charvoz, L., Schramm, E. & Hautzinger, M. (eingereicht). Auswirkungen verschiedener therapeutischer Ansätze zur Behandlung von Depressionen auf das beobachtete partnerschaftliche Konfliktverhalten. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*.

9.1 Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: Bestehende Befunde verweisen auf klare Zusammenhänge zwischen dem partnerschaftlichen Kommunikationsverhalten und dem Ausmaß sowie dem Verlauf von Depressionen. *Methode:* Mittels multivariater Varianzanalysen wurden erstmals die Effekte (Prä-Post) der kognitiven Verhaltenstherapie KVT (n = 17 Paare), der interpersonellen Psychotherapie IPT (n = 13 Paare) und der bewältigungsorientierten Paartherapie BOI (n = 17 Paare) auf das beobachtete dyadische Kommunikationsverhalten (SPAFF: Gottman, 1994) beider Partner im Konfliktgespräch bei Paaren mit einem depressiven Partner überprüft und miteinander verglichen. *Ergebnisse:* Infolge aller drei Therapieansätze wurden mehr oder weniger starke Abnahmen von Kritik/Defensivität beobachtet. Weiter ergaben sich gerade infolge der beiden Individualtherapien vermehrte Veränderungen bei den Partnern, welche stark nach Therapieansatz divergierten. *Schlussfolgerung:* Es konnten in erster Linie die Auswirkungen der verschiedenen therapiespezifischen Wirkmechanismen zur Depressionsbehandlung auf das partnerschaftsrelevante Kommunikationsverhalten der Partner und somit bestehende Zwangsprozesse in der dyadischen Kommunikation aufgezeigt werden. Die weiteren Langzeitverläufe der erhobenen Variablen wären nun von großem Interesse.

Background: Existing evidence document a correlation between marital communication patterns and the intensity and course of depression. *Method:* Analyses of variance were computed to evaluate and compare effects (prae-post) of cognitive behavior therapy (n = 17 couples), interpersonal psychotherapy (n = 13 couples) and coping-oriented couple therapy (n = 17 couples) on the observed communication behavior (SPAFF: Gottman, 1994) of both partners in a conflict situation in couples with a depressed partner. *Results:* The couples showed more or less strong decreases of criticism/defensiveness as a result of all three treatments. Further the results reported more behavior changes for the partners accordingly the different

approaches. *Conclusion:* The present findings showed primarily associations between the enhancement of depression due to the different approaches and relationship relevant communication patterns of the partners. The long-term courses of the investigated variables would be of high interest.

9.2 Einleitung

Interpersonelle Schwierigkeiten und soziale Defizite gelten als wichtige Bestandteile depressiver Erkrankungen, wobei der Partnerschaft bei der Entstehung und dem Verlauf von Depressionen eine besonders wichtige Bedeutung zukommt (siehe zum Überblick Backenstrass, 1998; Beach, Sandeen & O’Leary, 1990; Beach, Jones & Franklin, in press; De Jong-Meyer, 2005; Hahlweg, 1995; Hautzinger, 2005; Joiner, Brown & Kistner, 2006; Joiner & Coyne, 1999). So konnten manifeste Partnerschaftsprobleme mit hohem Eskalationspotential mit Depressionen klar in Verbindung gebracht werden, und stellen einen der Hauptschwerpunkte von paartherapeutischen Interventionen zur wirksamen Behandlung von Depressionen in konfliktreichen Partnerschaften dar (siehe zum Überblick Backenstrass, 1998; Beach et al., 1990, in press; Hahlweg, 1995; Reich, 2003). Andere Untersuchungen verweisen auf eine Vielzahl von subtileren depressionstypischen ungünstigen Partnerschaftsmerkmalen auch bei Paaren mit einem depressiven Partner ohne ausgeprägte Partnerschaftsprobleme (siehe zum Überblick Backenstrass, 1998; Beach et al., 1990, in press; Bodenmann, 2006; Hahlweg, 1996; Joiner & Coyne, 1999; Reich, 2003). So konnte eine geringere verbale und nonverbale Positivität (z.B. Unterstützung, Wertschätzung), Asymmetrien im Verhalten (z.B. Ungleichgewicht bei der gegenseitigen Unterstützung, Überanpassung einer Person), eine erhöhtes Ausmaß an Passivität/Rückzug (geringere Kohäsion) sowie an Kritik/Defensivität in der Kommunikation bei Paaren mit einem depressiven Partner mehrfach bestätigt werden (z.B. Backenstrass, 1998; Biglan et al. 1985; Gotlib & Whiffen, 1989; Hautzinger, Linden & Hoffman, 1982; Jacob & Leonard, 1992; Johnson & Jacob, 1997). In Untersuchungen mittels direkter Verhaltensbeobachtung ließen sich neben para- und nonverbalen Interaktionsverhaltensweisen (z.B. Sprachverlangsamung, abgewandter Blick, starrer Gesichtsausdruck und Weinerlichkeit) auch Unterschiede im verbalen Kommunikationsverhalten bei Paaren mit einem depressiven Partner im Vergleich zu Paaren ohne depressiven Partner beobachten (siehe zum Überblick Ba-

ckenstrass, 1998; Beach et al., 1990, in press; Hahlweg, 1996; Hautzinger et al., 1982; Hautzinger, Linden & Hoffman, 1984; Joiner, Brown & Kistner, 2006). So berichteten Hautzinger und Kollegen (1982, 1984) über ein erhöhtes Ausmaß an Unterbrechungen, Ausdruck negativer Gefühle, Gedanken und Selbstabwertungen, Kontrollhandlungen, Kritik, Defensivität, Hilfeaufsuchverhalten, aber auch an positiven Äußerungen über den Partner im Verhalten der depressiven Personen. Die Partner hingegen äußerten ein ungünstigeres körperliches und psychisches Befinden, evaluierten sich als positiver und zeigten sich kritischer gegenüber der Partnerschaft, dem depressiven Partner sowie seinen negativen Äußerungen (Hautzinger et al., 1982, 1984). Bezüglich Asymmetrien im Paar existieren Befunde, welche eine erhöhte Negativität versus Passivität oder Überanpassung, unterschiedliches Ausmaß an Interesse und Aufmerksamkeit für die Belangen und Bedürfnisse des anderen Partners, sowie eine erhöhte Diskrepanz in der Einschätzung der Partnerschaftszufriedenheit mit einem höheren Ausmaß und ungünstigerem Verlauf von Depressionen in Verbindungen bringen konnten (Biglan et al., 1985; Fiedler, Backenstrass, Kronmüller, & Mundt, 1998; Gotlib & Whiffen, 1989; Hautzinger et al., 1982; Schmaling & Jacobson, 1990). Zusätzlich erwiesen sich verdeckte Kritikäußerungen als relevant für den Depressionsverlauf, was wiederum für subtilere ungünstige Kommunikationsmuster im Zusammenhang mit Depressionen spricht (Backenstrass, 1998; Fiedler et al., 1998).

Die beschriebenen depressionstypischen Verhaltenstendenzen zeigten sich in Konfliktsituationen am stärksten, wobei die Befunde entsprechend dem Geschlecht der betroffenen Person sowie den verwendeten Kodiersystemen teilweise variierten (z.B. Backenstrass, 1998, Beach et al., 1990; in press; Bodenmann, 2006; Joiner & Coyne, 1999; Schmaling & Jacobson, 1990). Gründe für die Entstehung solcher Kommunikationsabläufe können in mangelnden sozialen Kompetenzen, kognitiven ungünstigen Schemata, einer erhöhten negativen Affektivität sowie Partnerschaftsproblemen sowohl bereits vor als auch infolge der Depression liegen, wobei Konfundierungen zwischen Depressions- und Partnerschaftsmerkmalen vorzuliegen scheinen (Backenstrass, 1998; Beach et al., 1990; Bodenmann, 2006; Joiner & Coyne, 1999; Schmaling & Jacobson, 1990). Außerdem bestehen Hinweise dafür, dass sich das depressionstypische Kommunikationsverhalten beider Partner im Sinne von Zwangsprozessen manifestieren und verstärken, sowie mit einer Aufrechterhaltung oder Verschlechterung von Depressionen und Partnerschaftsproblemen (z.B. Entfremdung, erhöhte Negativität) einhergehen und gerade im Zusammenhang mit Rückfällen eine bedeutende Rolle spielen könnte (z.B. Ba-

ckenstrass, 1998; Beach et al., 1990; Bodenmann, 2006; Coyne, Thompson & Palmer, 2002; Hautzinger et al., 1982; Fiedler et al., 1998).

In der vorliegenden Untersuchung wurde nun erstmals die Auswirkungen von bereits gut evaluierten Individualtherapien wie der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT: Beck, Rush, Shaw & Emery, 1986; Hautzinger, 2003) und der interpersonellen Psychotherapie (IPT: Klerman, Weissman & Rounsaville, 1984; Schramm, 1998) (z.B. Elkin et al., 1989; Hautzinger, De Jong-Meyer, Treiber, Rudolf & Thien, 1996; Schramm, Calker & Berger, 2004; Wampold, Minami, Baskin & Tierney, 2002) sowie der neuartigen bewältigungsorientierten Paartherapie (BOI: Bodenmann, 2004, 2006) zur Behandlung von Depressionen auf die direkt beobachtete Konfliktkommunikation beider Partner mittels Prä-Post-Vergleich untersucht. Die Erfassung des Kommunikationsverhaltens erfolgte dabei anhand der Kategorien des Kodiersystems zur dyadischen Interaktion und emotionalen Kommunikation (SPAFF: Gottman, 1994), welche mehrmals in ihrer Relevanz für die Partnerschaftszufriedenheit bestätigt werden konnten, und sich prädiktiv für den weiteren Partnerschaftsverlauf bzw. Scheidung erwiesen haben (Gottman, 1994).

Bei der KVT wurde in erster Linie infolge der Bearbeitung negativer Schemata sowie der Vermittlung von sozial kompetentem selbstsicherem Verhalten (vgl. Hautzinger, 2003) eine Zunahme von aktivem positivem bei gleichzeitiger Abnahme von negativem Interaktionsverhalten erwartet, was auch bei den Partnern ähnliche Verhaltensveränderungen bewirken könnte. Die IPT hingegen fokussiert auf die Bearbeitung von interpersonellen Konflikten sowie Rollenwechsel. Dabei steht die Ermutigung und Unterstützung zur angemessenen klaren Verbalisierung von momentanen positiven und negativen Affekten und Bedürfnissen (emotionale Selbstöffnung, Blickkontakt, nonverbaler Ausdruck), die Klärung der durch andere geäußerten Inhalte (aktives Zuhören, Nachfragen) sowie die Verhinderung von Rückzügen bei den depressiven Personen im Vordergrund (vgl. Weissman, Markowitz & Klerman, 2000; Schramm, 1998). Doch könnte dieses therapeutische Vorgehen auch zu erhöhten Auseinandersetzungen im sozialen Umfeld in der Zeit während oder kurz nach der Therapie führen. Der Schwerpunkt der BOI hingegen liegt in der Erhöhung der Positivität, der Reziprozität (beidseitiges Eingehen auf die Bedürfnisse des anderen) sowie der gegenseitigen Unterstützung (vgl. dyadischen Coping⁴) in der Partnerschaft. Dabei steht das Erlernen und die An-

⁴ Unter dyadischem Coping wird der gemeinsame Umgang der Partner zur Bewältigung von partnerschaftsexternem Stress verstanden, wobei dieses sowohl die Stresskommunikation des einen Partners (dem Partner seinen

wendung von angemessenen Sprecher- (Ich-Bezug, Konkretheit, Emotionsbezogenheit) und Zuhörerregeln (aktives Zuhören, nonverbales Interesse wie Blickkontakt, Nicken, Wertschätzung etc.) sowie die Betrachtung und Verhinderung von Kommunikationsfehlern (Dubotschaften, Defensivität, hostile Äußerungen, Unterbrechungen etc.) bei beiden Partnern im Mittelpunkt (vgl. Bodenmann, 2004, 2006).

9.3 Methode

9.3.1 Design der Studie

Bei der vorliegenden Untersuchung handelte es sich um eine kontrollierte, randomisierte Vergleichsstudie von drei Psychotherapieansätzen (KVT, IPT, BOI: manualisierte und standardisierte Kurztherapien zu jeweils 20 Stunden) zur Behandlung von Depressionen, welche von gut ausgebildeten, erfahrenen und regelmäßig supervisierten Therapeuten durchgeführt wurden. Die Rekrutierung erfolgte über Arztpraxen und Medien. Einschlusskriterien waren: a) psychiatrische Diagnose einer unipolaren depressiven Störung nach DSM-IV anhand des Strukturierten Klinischen Interviews (SKID) (Wittchen et al., 1990), b) BDI-Wert (Grenzwert zur milden Depression, $BDI > 11$; vgl. Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995), c) feste Partnerschaft (mindestens 1 Jahr) und d) eine ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit ($IQ > 80$). Als Ausschlusskriterien galten a) bipolare Störungen, b) sekundäre Depressionen bei zusätzlichen Komorbiditäten (z.B. Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus) sowie c) akute Suizidalität.

Von den insgesamt 61 Paaren, welche nach randomisierter Therapiezuweisung an der Studie teilnahmen, wurden die 47 Paare (KVT: $n = 17$; IPT: $n = 13$; BOI: $n = 17$) in die Berechnungen einbezogen, welche die Therapie beendeten und einverstanden waren zum Prä- und Postzeitpunkt Paargespräche vor laufender Videokamera zu führen. Es handelte sich bei der vorliegenden Stichprobe um Paare mit einem Partner mit mäßigen bis schweren Depressionen (KVT: $M = 27.45$, $SD = 7.86$, $Range = 15.5 - 43.5$; IPT: $M = 25.06$, $SD = 5.82$, $Range = 15 -$

Stress offen mitteilen und nach Unterstützung bitten) sowie das Verständnis und die Unterstützung zur Stressexploration (aktives Zuhören, offenes Nachfragen) sowie zur Stressbewältigung (positives sachliches und emotionales dyadisches Coping) umfasst.

34; BOI: $M = 23.74$, $SD = 6.56$, $Range = 15.5 - 39$), was in etwa einer repräsentativen Stichprobe depressiver Patienten ($M = 23.7$, $SD = 9.8$) (vgl. Hautzinger et al., 1995) entsprach. Bezüglich der Partnerschaftszufriedenheit lagen die Einschätzungen beider Partner (KVT: Depressive: $M = 55.24$, $SD = 20.26$, $Range = 16 - 89$; Partner: $M = 55.29$, $SD = 19.27$, $Range = 11 - 87$; IPT: Depressive: $M = 50.77$, $SD = 18.35$, $Range = 22 - 80$; Partner: $M = 51.09$, $SD = 18.76$, $Range = 22.8 - 83$; BOI: Depressive: $M = 51.85$, $SD = 18.28$, $Range = 18.9 - 78$; Partner: $M = 51.72$, $SD = 13.32$, $Range = 36 - 79$) nahe beim Grenzwert zwischen zufriedenen und unzufriedenen Paaren. Die Vergleiche sämtlicher demographischer Angaben zum Prä-Zeitpunkt zwischen den drei Therapiegruppen ergaben keine signifikanten Unterschiede ($p > .2$) (Tabelle 8.1, 8.2, 8.4).

9.3.2 Fragebogen

Demographische Angaben

Die Paare wurden zu Alter, Geschlecht, Anzahl Kinder, Partnerschaftsdauer, Ausbildung, Einkommen, Medikamenteneinnahme sowie Depressionsverlauf befragt.

Partnerschaftsfragebogen (PFB)

Der Gesamtwert des PFB (Hahlweg, 1996a) mit den Subskalen Zärtlichkeit, Streitverhalten und Gemeinsamkeit setzt sich aus 30 Items (4-stufige Skala) zusammen. Die interne Konsistenz ($\alpha \geq .90$) und Validität des Messinstruments konnte vielfach nachgewiesen werden (Hahlweg, 1996a).

Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Der Fragebogen (Beck & Steer, 1987) umfasst 21 Aussagen, welche im Gesamtsummenwert die Schwere der depressiven Verstimmung bzw. Depression anhand der Intensität (4-stufige Skala) der verschiedenen Symptome der Depression (z.B. Pessimismus, Versagensgefühle, Appetitstörungen etc.) angeben. Die Gütekriterien konnten international konsistent bestätigt werden (Hautzinger et al., 1995).

Tabelle 9.1 Demographische Angaben

	KVT (n = 17)				IPT (n = 13)				BOI (n = 17)				Gruppenunterschiede	
	Depressive		Partner		Depressive		Partner		Depressive		Partner		Depressive	Partner
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Alter	44.47	11.18	46.76	8.92	43.41	10.31	45.17	11.34	45.65	10.17	48.00	8.95	$F(2,44) = 0.22$	$F(2,44) = 0.73$
Anzahl Kinder	1.20	1.14	1.56	1.46	1.62	1.40	1.31	1.19	1.69	.94	2.00	.91	$F(2,44) = 0.63$	$F(2,44) = 1.16$
Partnerschaftsdauer	18.16	11.90			13.83	7.80			15.96	10.27			$F(2,44) = 0.66$	
Depressionsdauer	14.39	14.18			8.85	8.28			12.10	8.43			$F(2,44) = 1.06$	
Geschlecht														
Frau	70.6%		29.4%		41.2%		58.8%		61.5%		38.5%		$\chi^2(2) = 3.13$	
Mann	29.4%		70.6%		58.8%		41.2%		38.5%		61.5%			
Zivilstand														
ledig	23.5%				7.7%				17.6%					
verheiratet	64.7%				76.9%				70.6%				$\chi^2(4) = 1.35$	
in Trennung/Scheidung	11.8%				15.4%				11.8%					
Ausbildung														
Primarschule			5.9%		11.8%		5.9%		7.7%					
Berufsschule	52.9%		58.8%		41.2%		41.2%		38.5%		46.2%		$\chi^2(6) = 3.04$	$\chi^2(6) = 3.36$
Mittelschule	11.8%		5.9%		5.9%		23.5%		15.4%		15.4%			
Universität	35.3%		29.4%		41.2%		29.4%		38.5%		38.5%			
Einkommen														
0 bis 20'000	41.1%		17.6%		26.7%		6.7%		30.8%		7.7%			
21 bis 40'000	17.6%		5.9%		6.7%		26.7%		15.4%		7.7%			
41 bis 60'000	23.5%		17.6%		6.7%		20.0%		15.4%		38.5%		$\chi^2(8) = 10.37$	$\chi^2(8) = 8.34$
61 bis 80'000	5.9%		17.6%		40%		26.7%		7.7%		30.8%			
über 80'000	11.8%		41.2%		20%		20%		30.8%		15.4%			
Medikamente	52.9%				58.8%				61.5%				$\chi^2(2) = .24$	

Anmerkungen: ***p ≤ .001, **p ≤ .01, *p ≤ .05, +p ≤ .1

9.3.3 Verhaltensbeobachtung

Das 15-minütige Konfliktgespräch wurde in einem standardisierten Setting im persönlichen Umfeld bei den Paaren zuhause videographiert. Die Paare diskutierten dabei ein aktuelles stressrelevantes paarinternes Thema, welches vor den Gesprächen gemeinsam mit dem Paar festgelegt wurde. Die mikroanalytischen Videoauswertungen mittels eines computer-gestützten Analysesystems (Computer Aided Observation System CAOS: Bourquard, Bodenmann & Perrez, 1992-2005) erfolgten anhand des Kodiersystems zur Auswertung von positiven und negativen emotionalen Reaktionsweisen (SPAFF: Gottman, 1994). Zusätzlich wurden der Blickkontakt und die Unterbrechungen kodiert. Bestimmte Verhaltenskategorien des SPAFF wurden in Anlehnung an bestehende Gewichtungsrichtlinien bezüglich der Intensität von Negativität und Positivität (vgl. Gottman, 1994; Gottman et al., 2003) sowie depressionstypischen Überlegungen zusammengefasst. Die beiden Verhaltenskategorien mit der höchsten positiven emotionalen Intensität (Lob/Bestärkung, affektive positive Äußerungen/Liebesbezeugungen) fanden aufgrund ihres seltenen Auftretens zu beiden Messzeitpunkten keine Berücksichtigung.

Folgende Kategorien wurden in die Auswertungen einbezogen:

1. *Blickkontakt* (Anblicken versus Wegschauen), 2. *Zuhören* (aufmerksames Zuhören, Paraphrasieren, offene sachbezogene Fragen),
3. *Nonverbal Positivität* (körperliche Berührungen, Lächeln),
4. *Emotionale Selbstöffnung* (expliziter Ausdruck von Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen)
5. *Kritik-Defensivität* (Vorwürfe, Kritik, Verallgemeinerungen, Gegenkritik, Schuldabweisungen, Rechtfertigungen),
6. *Verbale Hostilität* (Dominieren, Bevormundung, verächtliche Kommunikation, Sarkasmus, Provokation, Abwertung),
7. *Nonverbale Hostilität* (Rückzug, Ignorieren, Ablehnung, Langeweile, Abwertung),

8. Unterbrechung (Häufigkeit der Unterbrechungen des Partners mitten im Satz).

Zwei Beobachterinnen kodierten die Videobänder unabhängig voneinander in fünfminütigen Zeitintervallen im Doppel-Blind-Verfahren. Die Kodiererinnen wurden während drei Monaten in das Kodiersystem eingeführt und trainiert. Die Interrater-Reliabilitäten (Kappa-Koeffizienten) lagen für die verbalen Kategorien über .80 und für die nonverbalen Kategorien über .66. Die Konstruktvalidität und prädiktive Validität des Beobachtungssystems sind gegeben (Gottman, 1994).

9.3.4 Auswertungsmethodik

9.3.4.1 *Standardisierung der Verhaltensbeobachtungsdaten*

Bei sämtlichen Auswertungen wurden die relative Dauer (rd) (Gesamtdauer einer Kategorie in Sekunden / Gesamtdauer der Sequenz in Sekunden) und die relative Frequenz (rf) (Gesamthäufigkeit einer Kategorie / Gesamtdauer der Sequenz in Sekunden) der verschiedenen Verhaltenskategorien verwendet. Aufgrund der breiten Streuungen der Verhaltensbeobachtungsdaten war die Voraussetzung für varianzanalytische Verfahren stark eingeschränkt. Dies konnte durch die Transformation der Beobachtungsdaten in eine Likertskala (0-5) korrigiert werden (siehe Abbildung 9.1). Dabei wurden die Wertebereiche für die verschiedenen Skalenwerte sowohl für die Prä- als auch die Post-Werte anhand des Medians der Prä-Werte (> 0) berechnet⁵. Die Rekodierung der Beobachtungsdaten (Prä- und Post-Werte) in die Likertskala eins bis fünf erfolgte am Median (Md) für sämtliche Prä-Werte (> 0) über alle drei Therapiegruppen hinweg ($N = 47$) für Depressive und Partner, jede Verhaltenskategorie sowie relative Dauer und Häufigkeit getrennt. Beobachtungswerte außerhalb dieser Skalierung wurden entweder auf den Likertwert 1 gehoben oder 5 zurückgestuft (siehe Abbildung 9.1).

9.3.4.2 *Berechnungen der Therapieeffekte*

Zur multi- und univariaten varianzanalytischen Überprüfung der gerichteten Hypothesen erfolgten die Berechnungen der Gruppenunterschiede zum Post-Zeitpunkt mittels Kovarianzanalysen unter Festhaltung des Prä-Wertes (Post-Hoc-Analysen: Scheffé-, Bonferroni-

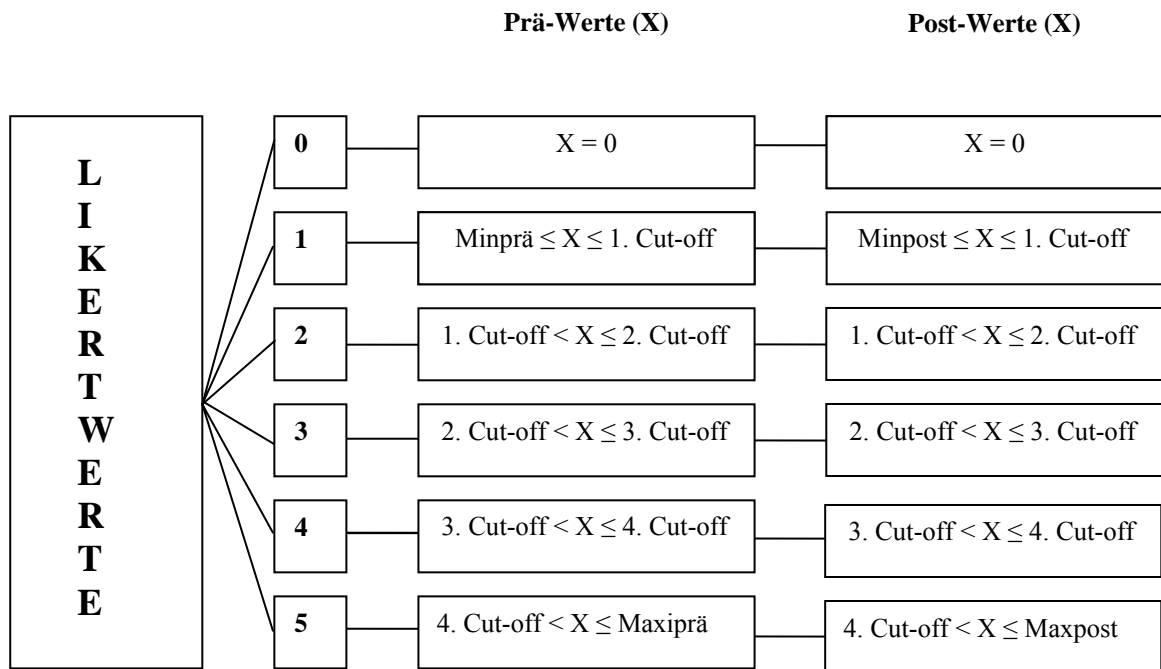
Korrektur) und die Veränderungsmessungen (Zeiteffekte, Interaktionseffekte: Zeit*Therapiegruppe) mittels 3 x 2 Varianzanalysen für die depressive Person und deren Partner sowie für das positive und negative supportive dyadische Coping getrennt (siehe Tabelle 9.2, 9.4). Beim Auftreten von signifikanten Interaktionseffekten wurden zusätzliche varianzanalytische Berechnungen zur Überprüfung signifikanter Veränderungen während des Behandlungsintervalls für jeden Therapieansatz einzeln durchgeführt. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße und der damit verbundenen geringeren Power bei den Testungen, wurden zusätzlich auch tendenzielle Effekte ($.05 < p \leq .1$) dargestellt und diskutiert. Die Berechnung der Inter-Gruppen-Effektstärken erfolgte aufgrund der teilweise stark zwischen den Therapiegruppen divergierenden Verhaltensausrprägungen zum Prä-Zeitpunkt anhand der Gruppenmittelwertdifferenzen und Standardfehlern des Scheffés (siehe Tabelle 9.3), was in Anbetracht der kleinen Gesamtstichprobe ein strenges Vorgehen darstellte.

9.3.4.3 Kontrolle der Depression und der Partnerschaftszufriedenheit

Es zeigten sich keine Gruppenunterschiede ($p < .05$) bezüglich der Depression (*prä*: $F(2,44) = 1.27, p = 0.29$; *post*: $F(2,44) = 0.68, p = 0.70$) wie auch der Partnerschaftszufriedenheit (Depressive: *prä*: $F(2,44) = 0.22, p = .80$; *post*: $F(2,44) = 0.19, p = .86$; Partner: *prä*: $F(2,44) = 0.26, p = .78$; *post*: $F(2,44) = 0.30, p = .74$) zu beiden Messzeitpunkten. Alle drei Therapieansätze führten in einem ähnlichen Ausmaß (Interaktionseffekte: $p = .59$) zu einer signifikanten Senkung der Depression ($p \leq .001$; KVT: $d = 1.37$, IPT: $d = 1.70$, BOI: $d = 1.21$)⁶ beziehungsweise zu einer geringfügigen Veränderung der Partnerschaftszufriedenheit beider Partner ($p < .1$) (siehe Tabellen 9.2, 9.4). Auch die zusätzliche Überprüfung durch die Kovarianzanalyse unter Festhaltung des Prä-Wertes beim BDI ($F(2,44) = 0.38; p = .68$) bestätigte ein ähnliches Ausmaß der Depressionsverbesserung infolge aller drei Therapieansätze.

⁵ Die Formel für die Berechnung der Wertebereiche der Likertwerte (WB): $WB = 2 * Md (\text{Prä-Werte} > 0) / 5$

⁶ Effektstärke nach Cohen's d



Anmerkungen:

Minprä = Kleinster Prä-Wert > 0

Minpost = Kleinster Post-Wert > 0

Maxprä = Höchster Prä-Wert > 0

Maxpost = Höchster Post-Wert > 0

Median = 50%-Marke der Prä-Werte > 0

1. Cut-off = $2 * (\text{Median der Prä-Werte} > 0 / 5)$

2. Cut-off = $4 * (\text{Median der Prä-Werte} > 0 / 5)$

3. Cut-off = $6 * (\text{Median der Prä-Werte} > 0 / 5)$

4. Cut-off = $8 * (\text{Median der Prä-Werte} > 0 / 5)$

Abbildung 9.1 Rekodierung der Beobachtungsdaten (Prä- und Post-Werte) in die Likertwerte null bis fünf anhand des Medians für sämtliche Prä-Werte (> 0) über alle drei Therapiegruppen hinweg (N = 47) für Depressive und Partner, jede Verhaltenskategorie sowie relative Dauer und Häufigkeit getrennt.

9.4 Ergebnisse

9.4.1 Gruppenunterschiede und Veränderungen bei den Depressiven

Infolge der MANCOVAs für positive (rd: $F(4,42) = 3.16, p \leq .05$; rf: $F(4,42) = 1.41, ns.$) und negative (rd: $F(3,43) = 1.26, ns.$; rf: $F(4,42) = 2.45, p \leq .05$) emotionale Reaktionsweisen waren signifikante Unterschiede zwischen den Therapiebedingungen zum Post-Zeitpunkt zu erwarten. Die darauf folgenden ANCOVAs verwiesen auf eine geringere Frequenz von emotionalen Selbstöffnungen ($F(2,44) = 2.01, p < .1, d = 0.34$) und Unterbrechungen ($F(2,44) = 3.41, p \leq .05, d = 0.45$) sowie eine höhere Dauer von aktivem Zuhören ($F(2,44) = 2.07, p < .1, d = 0.32$) bei den Patienten der BOI gegenüber denjenigen der KVT. Der signifikante Gruppeneffekt bei der Dauer der emotionalen Selbstöffnung ($F(2,44) = 2.03, p < .1$) ließ sich auf höhere Wert der Depressiven der KVT gegenüber den beiden anderen Therapien (KVT-IPT: $0.86, ns., d = 0.31$; KVT-BOI: $0.87, ns., d = 0.31$) zurückführen (siehe Tabelle 9.2, 9.3).

Die MANOVAs für positive (Zeiteffekte: rd: $F(4,41) = 0.79, ns.$; rf: $F(4,41) = 0.66, ns.$; Interaktionseffekte: rd: $F(4,42) = 1.81, p \leq .1$; rf: $F(4,42) = 1.3, ns.$) und negative (Zeiteffekte: rd: $F(4,41) = 1.33, ns.$; rf: $F(3,42) = 1.44, p \leq .1$; Interaktionseffekte: rd: $F(4,42) = 0.63, ns.$; rf: $F(4,42) = 2.09, p \leq .1$) emotionale Reaktionsweisen verwiesen auf einzelne je nach Therapieansatz divergierende Veränderungen. So ergaben sich lediglich einheitliche Veränderungen (Zeiteffekte: $p < .1$; Interaktionseffekte: $p > .1$) bei der Häufigkeit von Blickkontakt (rf: KVT: $F(1,16) = 1.90, p \leq .1, d = -0.36$; IPT: $F(1,12) = 0.10, ns., d = -0.08$; BOI: $F(1,16) = 1.21, ns., d = -0.27$) und bei der Kritik/Defensivität (rd: KVT: $F(1,16) = 1.15, ns., d = -0.25$; IPT: $F(1,12) = 3.26, p \leq .05, d = -0.46$; BOI: $F(1,16) = 0.01, ns., d = 0.03$; rf: KVT: $F(1,16) = 1.03, ns., d = -0.25$; IPT: $F(1,12) = 1.10, ns., d = -0.29$; BOI: $F(1,16) = 0.22, ns., d = -0.11$). Ein Rückgang von Unterbrechungen zeigte sich in erster Linie bei der BOI-Gruppe (Zeit- und Interaktionseffekt: $p < .1$) (KVT: $F(1,16) = 0.37, ns., d = 0.16$; IPT: $F(1,12) = 1.57, ns., d = -0.25$; BOI: $F(1,16) = 3.52, p \leq .05, d = -0.51$). Divergierende Verläufe (Zeiteffekte: $p > .1$; Interaktionseffekte: $p < .1$) ergaben sich bei der Dauer von aktivem Zuhören (KVT: $F(1,16) = 0.52, ns., d = -0.16$; IPT: $F(1,12) = 3.98, p \leq .05, d = -0.45$; BOI: $F(1,16) = 1.03, ns., d = 0.27$) und von Blickkontakt (KVT: $F(1,16) = 2.47, p < .1, d = -0.25$; IPT: $F(1,12) = 0.40, ns., d = 0.06$; BOI: $F(1,16) = 3.71, p < .05, d = 0.53$) (siehe Tabelle 9.2, 9.4). Bei den Berechnungen

für jede Therapiegruppe einzeln zeigten sich lediglich bei der BOI signifikante multivariate Effekte (positiv: rd: $F(4,13) = 1.85, p \leq .1$; rf: $F(4,13) = 1.76, p \leq .1$; negativ: rf: $F(4,13) = 2.10, p \leq .1$).

Tabelle 9.2 Mittelwerte, Standardabweichungen, Therapiegruppen-, Zeit- und Interaktions-effekte (Therapiegruppen- x Zeiteffekte) der depressiven Personen

	KVT (n = 17)				IPT (n = 13)				BOI (n = 17)			
	prä		post		prä		post		prä		post	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Depression (BDI)	27.45	7.86	14.41	10.92	25.06	5.82	11.13	10.03	23.73	6.56	13.90	10.59
Partnerschaft (PFB)	55.24	20.26	56.83	17.68	50.77	18.35	53.63	21.67	51.85	18.28	53.48	17.92
Kommunikation relative Dauer (rd)												
Blickkontakt	3.65	1.32	3.35	1.46	3.23	1.54	3.31	1.44	3.12	1.17	3.59	0.87
Nonverbale Positivität	3.12	2.03	3.24	1.92	2.92	1.38	2.62	1.94	2.77	1.72	2.12	1.80
Aktives Zuhören	2.82	1.88	2.53	1.55	3.62	1.26	2.92	1.61	3.06	1.82	3.59	1.94
Selbstöffnung	3.18	1.67	3.29	1.61	2.38	1.33	2.31	1.49	3.12	1.69	2.41	1.18
Unterbrechungen	3.18	1.74	3.00	1.22	3.15	1.63	2.77	1.74	2.65	1.62	2.00	1.27
Kritik/Defensivität	2.00	1.90	1.47	1.88	1.46	1.71	0.69	1.11	1.41	2.06	1.47	1.97
Verbale Hostilität	1.77	2.17	1.82	2.27	1.92	2.25	1.23	2.01	1.18	1.74	1.24	2.17
Nonverbale Hostilität	0.94	1.82	1.06	1.71	0.92	1.71	1.23	1.74	0.47	1.28	0.77	1.97
Kommunikation relative Frequenz (rf)												
Blickkontakt	3.18	1.07	2.82	1.07	2.62	1.04	2.54	1.13	3.12	1.27	2.82	1.02
Nonverbale Positivität	2.59	1.91	2.94	1.78	3.39	1.33	2.92	1.85	2.53	1.42	2.41	1.81
Aktives Zuhören	2.77	1.79	2.94	1.68	3.23	1.48	2.62	1.56	2.76	1.82	2.94	1.95
Selbstöffnung	3.00	1.28	3.06	1.48	2.54	1.27	2.62	1.45	2.41	1.18	2.00	1.06
Unterbrechungen	3.06	1.60	3.29	1.21	3.31	1.75	2.85	1.77	2.94	1.68	2.12	1.32
Kritik/Defensivität	2.00	1.94	1.47	1.88	1.54	1.81	1.00	1.53	1.35	1.97	1.12	1.65
Verbale Hostilität	1.65	1.97	1.94	2.28	2.08	2.25	1.54	2.40	1.35	1.80	1.24	2.17
Nonverbale Hostilität	0.88	1.73	0.94	1.39	0.92	1.66	1.08	1.38	0.53	1.38	0.88	1.69
	Zeit (1/44)		Zeit*Therapie (2/44)				Therapie (2/44)					
	F		F		F		Scheffé		F		Scheffé	
Depression (BDI)	85.47***		0.89		0.51							
Partnerschaft (PFB)	2.34+		0.09		.06							
	rd	rf	rd	rf	rd			rf				
Blickkontakt	0.30	2.56+	2.25+	0.29	1.53			0.01				
Nonverbale Positivität	1.25	0.08	0.87	0.73	1.43			0.43				
Aktives Zuhören	0.34	0.15	1.90+	1.27	2.07+	BOI > KVT+		0.91				
Selbstöffnung	0.57	0.15	0.78	0.48	2.03+			2.01+		KVT > BOI+		
Unterbrechungen	-	2.17+	-	1.88+	-			3.41*		KVT > BOI*		
Kritik/Defensivität	1.85+	2.08+	0.66	0.12	0.93			0.15				
Verbale Hostilität	0.38	0.14	0.59	0.55	0.48			0.48				
Nonverbale Hostilität	0.75	0.68	0.05	0.16	1.54			0.04				

Anmerkungen: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$, + $p \leq .1$; rd = relative Dauer, rf = relative Frequenz;

Tabelle 9.3 Effektstärken (ES) (a) zwischen den Behandlungsbedingungen zum Post-Zeitpunkt unter Prä-Wert-Berücksichtigung (b) zwischen den beiden Messzeitpunkten pro Behandlungsbedingung sowie (c) Interkorrelationen der Prä-Post-Werte

Gruppeneffekte	KVT-IPT				BOI-IPT				KVT-BOI				Depressive	
	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	rd	rf
Blickkontakt	-0.11	-0.01	-0.08	0.10	0.19	0.01	0.33	0.07	-0.30	-0.02	-0.41	0.03	0.65**	0.58**
Nonverbale Positivität	0.16	0.12	0.35	0.41	-0.13	-0.04	-0.02	-0.09	0.29	0.15	0.38	0.51	0.57**	0.41**
Aktives Zuhören	-0.01	0.22	0.10	0.39	0.30	0.22	0.02	0.02	-0.32	0.00	0.08	0.37	0.45**	0.60**
Selbstöffnung	0.31	0.12	0.17	0.01	0.00	-0.22	0.32	0.22	0.31	0.34	-0.16	-0.21	0.17	0.27**
Unterbrechungen		0.22		-0.09		-0.23		-0.04		0.45		-0.05	0.35**	0.45**
Kritik/Defensivität	0.19	0.10	-0.15	-0.30	0.25	0.06	-0.20	-0.37	-0.06	0.04	0.05	0.07	0.37**	0.37**
Verbale Hostilität	0.18	0.16	-0.32	-0.46	0.11	0.03	-0.13	-0.27	0.08	0.14	-0.19	-0.19	0.49**	0.49**
Nonverbale Hostilität	-0.06	-0.04	-0.36	-0.38	-0.10	0.00	-0.38	-0.27	0.05	-0.04	0.01	-0.11	0.33**	0.50**

Zeiteffekte	KVT				IPT				BOI				Partner	
	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	Depressive rd	rf	Partner rd	rf	rd	rf
Blickkontakt	-0.25	-0.36	0.00	-0.40	0.06	-0.08	0.00	-0.54	0.53	-0.27	0.78	-0.33	0.54**	0.72**
Nonverbale Positivität	0.06	0.18	0.29	0.64	-0.19	-0.26	-0.25	-0.04	-0.40	-0.07	-0.26	-0.32	0.58**	0.35**
Aktives Zuhören	-0.16	0.11	0.13	0.66	-0.45	-0.45	0.14	-0.12	0.27	0.10	0.38	0.16	0.09	0.42**
Selbstöffnung	0.06	0.04	0.09	0.03	-0.04	0.05	-0.47	-0.12	-0.37	-0.30	0.03	0.28	0.34**	0.37**
Unterbrechungen		0.16		-0.23		-0.25		0.05		-0.51		0.04	0.54**	0.55**
Kritik/Defensivität	-0.25	-0.25	-0.39	-0.46	-0.46	-0.29	-0.17	-0.04	0.03	-0.11	-0.30	-0.42	0.56**	0.62**
Verbale Hostilität	0.03	0.12	-0.32	-0.34	-0.32	-0.20	0.37	0.45	0.03	-0.05	0.21	0.21	0.39**	0.55**
Nonverbale Hostilität	0.07	0.04	-0.24	-0.31	0.18	0.10	0.23	0.24	0.21	0.23	-0.31	-0.08	0.63**	0.66**

Anmerkungen: ***p ≤ .001, **p ≤ .01, *p ≤ .05, +p ≤ .1; rd = relative Dauer, rf = relative Frequenz;

(a) Die Effektstärken wurden nach folgender Formel berechnet: $[(M_{IX} - M_{IY}) / SD_{\text{pooled}}] = \text{Gruppenmittelwertdifferenz (Scheffé)} / [\text{Standardfehler SE (Scheffé)} * (n - 1)^{1/2}]$;

(b) Die Effektstärken wurden nach folgender Formel berechnet: $[(M_{IX} - M_{IY}) / SD_{\text{pooled}}] = (\text{Mittelwert}_{\text{prä}} - \text{Mittelwert}_{\text{post}}) / [(SD_{\text{prä}}^2 + SD_{\text{post}}^2 - 2r_{\text{prä} \cdot \text{post}} SD_{\text{prä}} SD_{\text{post}})^{1/2}]$

9.4.2 Gruppenunterschiede und Veränderungen der emotionalen Reaktionsweisen bei den Partnern

Die MANCOVAs für positive (rd: $F(4,42) = 2.66, p \leq .05$; rf: $F(4,42) = 2.78, p \leq .05$) und negative (rd: $F(3,43) = 2.13, p \leq .1$; rf: $F(4,42) = 2.25, p \leq .05$) emotionale Reaktionsweisen bei den Partnern verwiesen auf klare Unterschiede zwischen den Therapiegruppen. So zeigten die ANCOVAs höhere Werte der Partner der KVT-Gruppe bei der Dauer von nonverbaler Positivität ($F(2,44) = 2.82, p \leq .05$; rf: $F(2,44) = 4.73, p \leq .05$) und der Frequenz von aktivem Zuhören ($F(2,44) = 3.03, p \leq .05$) (siehe Tabelle 9.3, 9.4). Die Partner der IPT wiesen höhere Werte bei der nonverbalen (rd: $F(2,44) = 2.54, p \leq .1, d = 0.36$; rf: $F(2,44) = 2.14, p \leq .1, d = 0.38$) und verbalen Hostilität (rd: $F(2,44) = 1.56, ns., d = 0.32$; rf: $F(2,44) = 3.13, p \leq .05, d = 0.46$) gegenüber der KVT sowie bei der Dauer von nonverbaler Hostilität ($d = 0.38$) und Frequenz von Kritik und Defensivität ($F(2,44) = 2.12, p \leq .1, d = 0.37$) gegenüber der BOI auf. Die Partner der BOI-Gruppe hatten im Vergleich zur KVT-Gruppe eine signifikant längere Dauer des Blickkontaktes ($F(2,44) = 3.11, p \leq .05, d = 0.41$).

Die MANOVAs verwiesen auf Veränderungen bei den positiven (rd: $F(4,41) = 1.20, ns.$; rf: $F(4,41) = 3.00, p \leq .05$) und negativen (rd: $F(3,42) = 1.77, p \leq .1$; rf: $F(4,41) = 2.24, p \leq .05$) emotionalen Reaktionsweisen der Partner, welche sich je nach Therapiebedingung unterschieden (Interaktionseffekte: positiv: rd: $F(4,42) = 1.69, p \leq .1$; rf: $F(4,42) = 2.61, p \leq .05$; negativ: rd: $F(3,43) = 1.92, p \leq .1$; rf: $F(4,42) = 1.91, p \leq .1$). So zeigten sich bei allen drei Therapiegruppen ähnliche Veränderungen (Zeiteffekte: $p \leq .1$, Interaktionseffekte: $p > .1$) bezüglich der relativen Häufigkeit des Blickkontaktes (rf: KVT: $F(1,16) = 2.04, p \leq .1, d = -0.40$; IPT: $F(1,12) = 4.60, p \leq .05, d = -0.54$; BOI: $F(1,16) = 2.13, p \leq .1, d = -0.33$), der relativen Dauer von aktivem Zuhören (rd: KVT: $F(1,16) = 0.40, ns., d = 0.13$; IPT: $F(1,12) = 0.27, ns., d = 0.14$; BOI: $F(1,16) = 1.79, p \leq .1, d = 0.38$) sowie der Kritik und Defensivität (rd: KVT: $F(1,16) = 2.48, p \leq .1, d = -0.39$; IPT: $F(1,12) = 0.88, ns., d = -0.17$; BOI: $F(1,16) = 0.97, ns., d = -0.30$; rf: KVT: $F(1,16) = 2.85, p \leq .1, d = -0.46$; IPT: $F(1,12) = 0.13, ns., d = -0.04$; BOI: $F(1,16) = 1.74, ns., d = -0.42$). Die Veränderungen bei der Dauer des Blickkontaktes (KVT: $F(1,16) = 0.00, ns., d = 0.00$; IPT: $F(1,12) = 0.00, ns., d = 0.00$; BOI: $F(1,16) = 11.76, p \leq .01, d = 0.78$) und der Frequenz von aktivem Zuhören (KVT: $F(1,16) = 11.42, p \leq .01, d = 0.66$; IPT: $F(1,12) = 0.34, ns., d = -0.12$; BOI: $F(1,16) = 0.28, ns., d = 0.16$) trafen nicht für alle Gruppen im gleichen Ausmaß zu (Zeit- und Interaktionseffekt: $p < .1$). Bei der

verbalen Hostilität (rd: KVT: $F(1,16) = 1.73$, *ns.*, $d = -0.32$; IPT: $F(1,12) = 6.94$, $p \leq .05$, $d = 0.37$; BOI: $F(1,16) = 0.55$, *ns.*, $d = 0.21$; rf: KVT: $F(1,16) = 2.10$, $p \leq .1$, $d = -0.34$; IPT: $F(1,12) = 7.5$, $p \leq .01$, $d = 0.45$; BOI: $F(1,16) = 0.43$, *ns.*, $d = 0.21$) sowie der Frequenz von nonverbaler Positivität (rf: KVT: $F(1,16) = 7.54$, $p \leq .01$, $d = 0.64$; IPT: $F(1,12) = 0.03$, *ns.*, $d = -0.04$, BOI: $F(1,16) = 2.24$, $p \leq .1$, $d = -0.32$) zeigten sich divergierende Veränderungen (Zeiteffekte: $p > .1$; Interaktionseffekte: $p < .1$). Die Effektstärken bei der Dauer der emotionalen Selbstöffnung verwiesen auf einen signifikanten Rückgang der IPT-Gruppe ($F(1,12) = 2.44$, $p \leq .1$, $d = -0.47$) nicht aber der anderen Therapieansätzen (KVT: $F(1,16) = 0.22$, *ns.*, $d = 0.09$; BOI: $F(1,16) = 0.01$, *ns.*, $d = 0.03$). Die Berechnungen für jede Therapie resultierten in signifikanten multivariaten Effekten für die KVT (rf: $F(4,13) = 4.98$, $p \leq .01$) und BOI (rd: $F(4,13) = 3.13$, $p \leq .05$) bei den positiven und für die IPT bei den negativen (rd: $F(4,9) = 3.36$, $p \leq .05$; rf: $F(4,9) = 2.80$, $p \leq .05$) emotionalen Reaktionsweisen.

Tabelle 9.4 Mittelwerte, Standardabweichungen, Therapiegruppen-, Zeit- und Interaktionseffekte (Therapiegruppen- x Zeiteffekte) der Partner

Partner	KVT (n = 17)				IPT (n = 13)				BOI (n = 17)			
	prä		post		prä		post		prä		post	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Partnerschaft (PFB)	55.29	19.27	57.39	16.08	51.10	18.76	52.74	20.15	51.72	13.22	54.66	13.69
Kommunikation relative Dauer (rd)												
Blickkontakt	2.88	1.27	2.88	1.17	3.15	0.99	3.15	0.90	2.82	0.95	3.53	0.94
Nonverbale Positivität	3.12	1.83	3.59	1.66	2.85	1.57	2.46	1.76	2.77	1.75	2.35	1.70
Aktives Zuhören	3.29	1.90	3.59	1.54	2.92	1.61	3.23	1.74	2.29	1.80	3.24	1.86
Selbstöffnung	2.24	1.48	2.41	1.84	3.23	1.92	2.23	1.79	3.24	1.52	3.29	1.69
Unterbrechungen	3.18	1.74	3.00	1.22	3.15	1.63	2.77	1.74	2.65	1.62	2.00	1.27
Kritik/Defensivität	1.65	1.97	1.00	1.46	1.69	2.10	1.39	1.66	1.12	1.80	0.65	1.41
Verbale Hostilität	1.35	2.12	0.71	1.31	0.69	1.55	1.39	1.81	0.65	1.41	1.00	1.62
Nonverbale Hostilität	1.12	1.83	0.77	1.60	1.77	2.17	2.23	2.42	1.35	1.84	0.88	1.62
Kommunikation relative Frequenz (rf)												
Blickkontakt	3.29	0.99	3.00	1.00	3.39	1.19	2.92	1.04	3.00	1.00	2.77	0.90
Nonverbale Positivität	2.65	1.84	3.88	1.54	2.85	1.41	2.77	1.74	3.24	1.68	2.65	1.54
Aktives Zuhören	2.88	1.65	4.00	1.46	3.31	1.75	3.08	1.71	2.53	1.81	2.82	1.59
Selbstöffnung	2.59	1.70	2.65	1.80	3.00	1.78	2.77	1.79	3.06	1.25	3.47	1.38
Unterbrechungen	3.35	1.17	3.06	1.44	3.00	1.53	3.08	1.55	2.82	1.67	2.88	1.50
Kritik/Defensivität	1.24	1.86	0.71	1.31	0.77	1.69	1.54	1.90	0.59	1.23	0.82	1.13
Verbale Hostilität	1.12	1.76	0.71	1.49	1.85	2.23	2.31	2.39	1.18	1.63	1.06	1.85
Nonverbale Hostilität	1.65	1.94	0.94	1.35	1.77	2.17	1.69	1.93	1.12	1.80	0.53	1.18
Partner	Zeit (1/44)		Zeit*Therapie (2/44)		Therapie (2/44)							
	F		F		F	Scheffé	F		Scheffé			
Partnerschaft (PFB)	2.22+		0.66		.10							
	rd	rf	rd	rf	rd			rf				
Blickkontakt	2.71+	8.60**	2.86*	0.34	3.11*	BOI > KVT*		0.15				
Nonverbale Positivität	0.22	0.55	1.66	4.88**	2.82*	KVT > IPT+ KVT >BOI+		4.73**		KVT > IPT* KVT > BOI*		
Aktives Zuhören	2.16+	2.29+	0.39	2.24+	0.16			3.03*		KVT > IPT+ KVT > BOI+		
Selbstöffnung	0.78	0.09	1.54	0.46	1.50			0.98				
Unterbrechungen	-	0.07	-	0.37	-			0.11				
Kritik/Defensivität	3.68*	3.92*	0.15	0.64	0.59			2.12+		IPT > BOI+		
Verbale Hostilität	0.26	0.61	2.40+	3.39*	1.56			3.13*		IPT > KVT*		
Nonverbale Hostilität	0.25	0.01	1.37	1.15	2.54*	IPT > BOI+		2.14+		IPT > KVT+		

Anmerkungen: ***p ≤ .001, **p ≤ .01, *p ≤ .05, +p ≤ .1; rd = relative Dauer, rf = relative Frequenz;

9.5 Diskussion

Alle drei Therapieansätze führten in einem ähnlichen Ausmaß zu einer klaren Verbesserung der Depression beziehungsweise einer geringfügigen Zunahme der Partnerschaftszufriedenheit beider Partner, wobei sich die Gruppen zu beiden Messzeitpunkten nicht signifikant untereinander unterschieden. Die Kategorien Wertschätzung/Lob sowie Rückzugsverhalten beider Partner traten zu beiden Messzeitpunkten kaum auf. Abnahmen bei der Kritik/Defensivität sowie der Häufigkeit nicht aber der Dauer von Blickkontakt trafen für beide Partner infolge aller drei Therapieansätze mehr oder weniger stark zu. Zusätzliche Veränderungen im Verhalten der depressiven Personen zeigten sich lediglich in der BOI-Gruppe, wobei sich infolge signifikanter Abnahmen niedrigere Werte bei der emotionalen Selbstöffnung sowie den Unterbrechungen gegenüber der KVT-Gruppe zum Post-Zeitpunkt vermerken ließen. Beide Partner der BOI-Gruppe wiesen Zunahmen bei der Dauer von aktivem Zuhören und Blickkontakt sowie Abnahmen bei der nonverbalen Positivität auf, doch lagen die Veränderungen wie auch die Unterschiede gegenüber der KVT-Gruppe zum Post-Zeitpunkt teilweise im kritischen Bereich zur Signifikanz. Diese Befunde ließen den Schluss einer Abnahme der Selbstfokussierung infolge der BOI bei den depressiven Personen im Sinne einer Zunahme der Reziprozität in der Kommunikation zu. Die beobachteten Veränderungen von nonverbalem Bestätigungsverhalten (z.B. Nicken, Lächeln), Blickkontakt und aktivem Zuhören (verbale Bestätigungen, Nachfragen, Paraphrasieren) können mit hoher Wahrscheinlichkeit durch das Erlernen von angemessenen Zuhörerregeln erklärt werden (Bodenmann, 2004, 2006).

Entgegen den Erwartungen zeigten sich infolge der beiden Individualtherapien in erster Linie Veränderungen bei den Partnern, welche aber stark zwischen den Gruppen divergierten. Die multivariaten Effekte verwiesen dabei auf Veränderungen von negativen Verhaltensweisen bei der IPT-Gruppe, während bei der KVT-Gruppe signifikante Effekte bezüglich der relativen Häufigkeit und bei der BOI-Gruppe der relativen Dauer von positiven Verhaltensweisen zu vermerken waren. Die Partner der KVT-Gruppe hatten mehr oder weniger starke Abnahmen bei den hostilen Kategorien und signifikante Zunahmen bei der nonverbalen Positivität sowie der relativen Frequenz von aktivem Zuhören, was sich auch durch signifikant höhere Werten gegenüber den anderen Therapiegruppen zum Post-Zeitpunkt bestätigte. Die Partner der IPT-Gruppe hingegen zeigten eine Zunahme bei der Hostilität sowie eine Abnahme bei

der emotionalen Selbstöffnung, und wiesen bei den hostilen Kategorien zum Post-Zeitpunkt die höchsten Werte auf. Der Unterschied bei der emotionalen Selbstöffnung zu den BOI-Partnern hingegen lag im kritischen Bereich.

Die Interpretationen der vorliegenden Befunde waren durch die teilweise stark zwischen den Gruppen divergierenden Verhaltensausrprägungen zum Prä-Zeitpunkt, die beschränkte Anzahl der kodierten Verhaltensweisen, die zahlreichen Effekten im kritischen Bereich sowie die unspezifischen breiten entsprechend partnerschaftsrelevanten Aspekten definierten Verhaltenskategorien (vgl. auch teilweise geringe Prä-Post-Interkorrelationen) des SPAFFs stark eingeschränkt. So umfasste die Kategorie der emotionalen Selbstöffnung sowohl Ausdruck von negativen wie auch positiven Gefühlen. Bei der Kodierung des aktiven Zuhörens hingegen erfolgte keine Kontrolle der Passungen der Paraphrasierungen mit den vorhergegangenen Äußerungen. Zwar ließen die divergierenden Veränderungen bezüglich der Häufigkeit und Dauer zwischen der BOI- und KVT-Gruppe auf qualitative Unterschiede im Sinne von kürzeren und häufigeren Verstärkungen der KVT-Gruppe versus nachfragendem und paraphrasierendem aktivem Zuhören bei der BOI-Gruppe vermuten, doch bedürfte dies weitere Absicherungen. Da die Ersichtlichkeit von depressions- sowie therapieansatzspezifischen Veränderungen stark eingeschränkt war, könnten die durch die Individualtherapien postulierten zusätzlichen Veränderungen bei den Patienten mittels der vorliegenden Kodierung nicht erfasst worden sein. Für eine differenziertere Therapieevaluation mit aussagekräftigeren Effekten wären folglich weitere theoriegeleitete Ausspezifizierungen der Verhaltenskategorien entsprechend den durch die Therapieansätze definierten Funktionalitätskriterien sowie Vergleiche innerhalb des Paares unter Berücksichtigung geschlechtstypischen Reaktionsweisen sinnvoll und notwendig (vgl. auch Hautzinger et al., 1982; Schmaling & Jacobson, 1990).

Trotzdem konnten mittels der vorliegenden Untersuchung die unterschiedlichen Auswirkungen der verschiedenen therapiespezifischen Wirkmechanismen zur Depressionsbehandlung gerade auch auf das partnerschaftsrelevante Kommunikationsverhalten der Partner aufgezeigt werden, was wiederum für die Bedeutung von sich gegenseitig bedingenden Zwangsprozessen in der dyadischen Kommunikation bei Paaren mit einem depressiven Partner spricht (z.B. Coyne, Thompson & Palmer, 2002; Hautzinger et al., 1982). In diesem Zusammenhang konnte auch die besondere Relevanz des Verhaltensmusters der Kritik/Defensivität bestätigt werden (vgl. Backenstrass, 1998; Hautzinger et al., 1982; Fiedler et al., 1998). Doch muss davon ausgegangen werden, dass die hier gefundenen Ergebnisse lediglich eine Art Zwischenbilanz

darstellen, da weitere Veränderungen bezüglich der Depression, der Partnerschaftszufriedenheit sowie des Kommunikationsverhaltens in den darauf folgenden Monaten zu erwarten sind (z.B. Bodenmann, 2006; Fiedler et al., 1998). Da sich die beobachteten Veränderungen im Partnerverhalten infolge der Individualtherapien im Gegensatz zur Paartherapie hauptsächlich einseitig auf die Depressionsverbesserung und den damit verbundenen Verhaltensveränderungen der depressiven Personen zurückführen lassen, könnte die Gefahr einer größeren Instabilität gerade im Hinblick auf die Langzeitentwicklung bestehen (z.B. Backenstrass, 1998; Bodenmann, 2006; Hahlweg, 1996). So wäre eine erneute Abnahme der Positivität der Partner der KVT-Gruppe, gerade auch in Anbetracht bestehender erhöhter Unterbrechungen sowie emotionalen Selbstöffnungen bei den Patienten, möglich, was wiederum im Sinne von bidirektionalen Beeinflussungsprozessen mit Rückfällen gekoppelt sein könnte. Doch sind momentane Aussagen zur Bedeutung der gefundenen kurzfristigen Veränderungen infolge der verschiedenen Therapieansätze aufgrund der erwähnten Schwierigkeiten lediglich vorsichtig zu formulieren, und würden auch eine sorgfältige Analyse der Kommunikationsmuster zum Prä-Zeitpunkt für jede Therapiegruppe einzeln voraussetzen. So ließen sich die Zunahme von Hostilitäten bei den Partnern der IPT-Gruppe als Reaktion auf den postulierten Rollenwechsel, andererseits aber auch durch eine Abnahme der Asymmetrie zwischen depressionstypischer Negativität und passivem Partnerverhalten erklären (vgl. Schmaling & Jacobson, 1990). Dies spricht wiederum für die Heterogenität von subtileren dysfunktionalen partnerschaftlichen Kommunikationsmustern im Zusammenhang mit Depressionen (vgl. Fiedler et al., 1998; Schmaling & Jacobson, 1990). Interessant in diesem Zusammenhang erwies sich auch die Tatsache, dass trotz stark zwischen den Gruppen divergierender Unterschiede zu beiden Messzeitpunkten bei den in ihrer Relevanz für die Partnerschaftszufriedenheit mehrfach bestätigten Kategorien des SPAFFs (vgl., Gottman, 1994) keine signifikanten Gruppenunterschiede der Partnerschaftszufriedenheit, im Grenzbereich zwischen eher unzufriedenen/zufriedenen Paaren, vorhanden waren. Entsprechend der vorliegenden Befunde sollte sowohl dem Einbezug des Partners als auch einer Indikationsdiagnostik anhand Kommunikationsanalysen im Zusammenhang mit der Behandlung von Depressionen vermehrt Bedeutung zugemessen werden.

10 Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurden Stress- und Copingprozesse bei Paaren und deren Zusammenhänge mit unterschiedlichen psychischen Störungsbildern anhand verschiedener Stichproben genauer untersucht. Im Mittelpunkt des Interesses stand dabei die erstmalige Betrachtung der Relevanz des dyadischen Copings bei der Bewältigung der verschiedenen Belastungen im Zusammenhang mit den untersuchten klinischen Störungsbildern. Der erste Teil der Arbeit befasste sich dabei mit dem Befinden, dem Stresserleben, den vorhandenen individuellen und dyadischen Ressourcen sowie deren Zusammenhänge bei Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. In einem zweiten Teil erfolgte eine differenzierte Evaluation der Auswirkungen des bewältigungsorientierten paartherapeutischen Ansatzes (BOI) zur Verbesserung des individuellen und dyadischen Copings bei der Behandlung von Depressionen auf das gezeigte offene Kommunikationsverhalten beider Partner sowohl in Unterstützungs- als auch Konfliktsituationen anhand eines Therapievergleiches mit der KVT und der IPT. Zur Beantwortung der Fragestellungen waren neben gängigen statistischen Verfahren die Anwendung von komplexeren Auswertungsmethoden vorgesehen, wobei methodische Weiterentwicklungen gerade im Zusammenhang mit der Auswertung von Verhaltensbeobachtungsdaten im Längsschnitt im Vordergrund standen.

Im Zuge der vorliegenden Arbeit konnte ein erhöhtes Stressniveau in den verschiedenen Lebensbereichen bei Eltern im Zusammenhang mit kindlichen Verhaltensproblemen repliziert werden. Neben einer ungünstigeren individuellen Stressbewältigung ließen sich klare Defizite im dyadischen Coping bei Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zu Eltern von einem Kind mit Down-Syndrom sowie Eltern von unauffälligen Kindern feststellen. Weiter konnte das dyadische Coping, neben anderen Ressourcen wie dem individuellen Coping, der Erziehung sowie der sozialen Unterstützung, in seiner Relevanz als zusätzliche wichtiger protektiver Faktor gegen die ungünstigen Auswirkungen von stressbedingten familiären Negativdynamiken auf die elterliche Partnerschaft sowie das Befinden der Eltern und des Kindes klar bestätigt werden. Die Förderung von dyadischen Copingkompetenzen bei Eltern als zusätzliche Unterstützungsmassnahme bei der Prävention oder Behandlung von kindlichem Problemverhalten und familiären Negativdynamiken könnte folglich ein weiterer sinnvoller und hilfreicher Schritt darstellen.

Die ersten Ergebnisse der Pilotstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit der BOI zeigten, neben einem ähnlichen Ausmaß der Depressionsverbesserung verglichen mit der KVT und IPT, klare Veränderungen im partnerschaftlichen Kommunikationsverhalten beider Partner zwischen dem Behandlungsintervall. Während eine Zunahme von Hilfestellungen bei der Stress-exploration im Sinne der Trichtermethode in Unterstützungssituationen bei den Partnern der BOI-Gruppe klar bestätigt werden konnte, zeigte sich dies bei den Patienten lediglich ansatzweise. Hingegen konnte in den Konfliktgesprächen eine Zunahme von aktivem Zuhören und Blickkontakt bei gleichzeitiger Abnahme von emotionalen Selbstöffnungen sowie Unterbrechungen im Sinne einer höheren Reziprozität bei den depressiven Personen infolge der BOI beobachtet werden. Weiter brachte die Prä-Post-Therapieevaluation mittels Verhaltensbeobachtung zusätzliche wichtige neue Erkenntnisse bezüglich der Auswirkungen der beiden Individualtherapien auf das partnerschaftliche Interaktionsverhalten. Zusammenfassend konnten Zusammenhänge zwischen den Depressionsverbesserungen, den unterschiedlichen Wirkmechanismen der verschiedenen Therapien und dem Interaktionsverhalten beider Partner sowohl in Unterstützungs- als auch Konfliktsituationen nachgewiesen werden. Die Relevanz bestehender Zwangsprozesse zwischen den beiden Partnern sowie des dyadischen Copings im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen wurden in den vorliegenden Untersuchungen bestätigt. Doch wären weitere spezifischere Betrachtungen der gefundenen Prozesse im Zusammenhang mit Depressionen und deren Verlauf, wie beispielsweise durch Sequenzanalysen oder durch eine Spezifizierung des dyadischen Copingverhaltens unter Einbezug von Funktionalitätsüberlegungen (Aktivierung, Übernahme etc.), sinnvoll. Ein wichtiger zukünftiger Schritt stellt die Überprüfung der Langzeiteffekte der BOI sowie die Verläufe der gefundenen therapiespezifischen Verhaltensveränderungen und deren Bedeutung für den Depressions- und Partnerschaftsverlauf dar.

Weiter konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit, neben einer Modifikation des Akteur-Partner-Interdependenz-Modells im Zusammenhang mit elterlichen Stressprozessen, eine kritische Auseinandersetzung mit dem methodischen Vorgehen sowie den vorhandenen Kodiersystemen bei der Auswertung der Verhaltensbeobachtungsdaten realisiert werden. Mit der Standardisierung der Verhaltensbeobachtungsdaten anhand des Medians der Prä-Daten zur Eindämmung der breiten Streuungen wurde eine gute und valide Lösung gefunden. Die Therapiewirksamkeitsuntersuchung mittels Verhaltensbeobachtung hat sich trotz methodischer Schwierigkeiten als interessantes und erkenntnisreiches Vorgehen erwiesen, wobei Anregungen für zukünftige Weiterentwicklungen gewonnen werden konnten. Der Verhaltensbeobach-

tung sollte dabei in Zukunft gerade auch im Sinne einer Verhaltensdiagnostik für die Planung des therapeutischen Vorgehens vermehrt Bedeutung zugemessen werden.

Zusammenfassend haben sich das dyadische Coping sowie der Einbezug beider Partner bei der Betrachtung von Stressprozessen sowohl bei Eltern von Kindern mit kindlichen Verhaltensproblemen als auch bei Paaren mit einem depressiven Partner als relevant und effektiv erwiesen. So konnte mittels der vorliegenden Arbeit, neben der Gewinnung von wichtigen neuen Erkenntnissen bezüglich ungünstigen Negativdynamiken im partnerschaftlichen und familiären Umfeld, das dyadische Coping als wichtige Ressource und zusätzlicher hilfreicher Ansatzpunkt bei der Unterstützung und Behandlung von Paaren im Zusammenhang mit kindlichen Verhaltensproblemen und Depressionen klar bestätigt werden. Weiterentwicklungen des Konstruktes sowie die Erarbeitung und Betrachtung von zusätzlichen Aspekten im Zusammenhang mit der partnerschaftlichen Bewältigung von Belastungen wären sicherlich von weiterem Interesse.

11 Literaturverzeichnis

Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional manual (3rd Ed)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Achenbach, T. M., Dumenci, L. & Rescorla, L. A. (2001). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/ 6-18, TRF, and SR. Zugriff am 20. April 2004 auf <http://www.aseba.org/RESEARCH/DSM6-18ratings.pdf>.

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. Bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S. & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144.

Atkinson, L., Scott, B., Chisholm, V., Blackwell, J., Dickens, S., Tam, F. & Goldberg S. (1995). Cognitive coping, affective distress, and maternal sensitivity: Mothers of children with Down syndrome. *Developmental Psychology*, 31(4), 668-676.

Backenstrass, M. (1998). *Depression und partnerschaftliche Interaktion*. München; Berlin: Waxmann.

Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735.

Barnett, W. S. & Boyce, G. C. (1995). Effects of children with Down syndrome on parents' activities. *American Journal on Mental Retardation*, 100(2), 115-127.

Beach, S. R. H., Jones, D. J. & Franklin, D. (in press). Marital, family, and interpersonal therapies for depression in adults. In H. Gotlib and C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression*. New York: Guilford.

Beach, S. R. H., Sandeen, E. E. & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage. A model for etiology and treatment*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory – Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.

Beck, A. T. (1970). *Depressio: Causes and treatments*. Philadelphia: University of Pennsylvania.

Belsher, G. & Costello, C. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. *Psychological Bulletin*, 104, 84-96.

Belsky, J., Putnam, S. & Crnic, K. (1996). Coparenting, parenting, and early emotional development. In J. P. McHale & P. A. Cowan (Eds.), *Understanding how family-level dynamics affect children's development: Studies of two-parent families. New directions for child development* (No. 74) (pp. 45-55). San Francisco: Jossey-Bass.

Belsky, J., Crnic, K. & Gable, S. (1995). The determinants of coparenting in families with toddler boys: Spousal differences and daily hassles. *Child Development*, 66, 629-642.

Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52(1), 5-19.

- Benazon, N. R. (2000). Predicting negative spousal attitudes toward depressed person: A Test of Coyne's interpersonal model. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 550-554.
- Benazon, N. R. & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology, 14*(1), 71-79.
- Bentler, P. M. (2004). *EQS: Structural equations program manual*. Los Angeles: BMDP Statistical Software.
- Berger, R. & Hanna, M. T. (Eds.). (1999). *Preventive approaches in couples therapy*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Blalock, J. A. & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 24*(1), 47-65.
- Biglan, A., Hops, H., Sherman, L., Friedman, L. S., Arthur, J., & Osteen, V. (1985). Problem solving interactions of depressed women and their spouses. *Behavior Therapy, 16*, 431-451.
- Birtchnell, J. (1991). Negative modes of relating, marital quality and depression. *British Journal of Psychiatry, 153*, 758-769.
- Blöschl, L. (1998). Depressive Störungen. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Klinische Psychologie – Psychotherapie* (2. Aufl., S. 853 - 881). Bern: Huber.
- Bodenmann, G. & Pihet, S. (2006). The relationship between dyadic coping and marital quality: A 2-year longitudinal study. *Journal of Family Psychology, 20*(3), 485-493.
- Bodenmann, G. (2006). Paartherapie bei depressiven Störungen. In W. Lutz (Hrsg.), *Probleme in Beziehungen und Partnerschaft und ihre Therapie. Ein Lehrbuch der Paartherapie* (S. 105-118). München: Ernst Reinhardt.
- Bodenmann, G. & Shantinath, S.D. (2004). The couples coping enhancement training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations, 53*, 477-484.

Bodenmann, G., Charvoz, L., Widmer, K. & Bradbury, T. N. (2004). Differences in individual and dyadic coping in depressed, non-depressed and remitted persons. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 75-85.

Bodenmann, G. (2004). *Verhaltenstherapie mit Paaren: Ein modernes Handbuch für die psychologische Beratung und Behandlung*. Bern: Huber.

Bodenmann, G., Perrez, M., Schär, M. & Trepp, A. (2004). *Klassische Lerntheorien: Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie*. Bern: Huber.

Bodenmann, G. & Hahlweg, K. (2003). Prävention bei Paaren und Familien. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung* (S. 445-459). Göttingen: Hogrefe.

Bodenmann, G. (2003). Der Zusammenhang zwischen Partnerschaftsproblemen und Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Kaufmann & F. Ziegler (Hrsg.), *Kindeswohl. Eine interdisziplinäre Sicht* (S. 119- 125). Zürich: Rüegger.

Bodenmann, G. (2002). Die Bedeutung von Stress für die Familienentwicklung. In H. W. Werneck (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie* (S. 243-265). Göttingen: Hogrefe.

Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.

Bodenmann, G., Schwerzmann, S. & Cina, A. (2000). Kritische Lebensereignisse und Alltagsstress bei Depressiven und Remittierten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48, 1-17.

Bodenmann, G. (1999). *Fragebogen zur aktuellen Belastung im Zusammenhang mit dem Kind mit einem Down-Syndrom (ABDS)*. Fribourg: Universität Fribourg.

Bodenmann, G. (1997). *Kodiersystem zur Erfassung des emotionalen supportiven dyadischen Copings (SEDC). Erweiterte und adaptierte Version*. Unveröffentlichtes Manual. Fribourg: Universität Fribourg.

Bodenmann, G., Perrez, M. & Gottman, J. M. (1996). Die Bedeutung des intrapsychischen Copings für die dyadische Interaktion unter Stress. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 1-13.

Bodenmann-Kehl, C. (1994). *Family competence: Theoretical assumptions*. (Scientific Report No. 112). Fribourg: University, Institute of Psychology.

Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R. C. & Wethington, E. (1989). The contagion of stress across multiple roles. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 175-183.

Bourchard, G. & Lee, C. M. (2000). The marital context for father involvement with their pre-school children: The role of partner support. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20, 37-53.

Bourquard, E., Bodenmann, G. & Perrez, M. (1992-2005). *CAOS. Computer Aided Observation System*. Fribourg: Universität Fribourg.

Brown, G. W. & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A reply. *Psychological Medicine*, 8(4), 577-588.

Brown, G. W. (1996). Onset and course of depressive disorders: Summary of a research programme. In Ch. Mundt, M. J. Goldstein, K. Hahlweg & P. Fiedler (eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp.151–167). London: Gaskell.

Brown, G. W. & Harris, T. O. (1982). Life events and psychiatric disorders II. *Psychosocial Medicine*, 3, 159-176.

Button, S., Pianta, R. C. & Marvin, R. S. (2001). Partner support and maternal stress in families raising young children with cerebral palsy. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 13(1), 61-81.

Calzada, E. J., Eyberg, S. M., Rich, B. & Querido, J. G. (2004). Parenting disruptive pre-schoolers: Experiences of mothers and fathers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(2), 203-213.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). New York: Erlbaum.

Cohen, R. S. & Weissmann, S. H. (1984). The parenting alliance. In R. S. Cohen, B. J. Cohler & S. H. Weissmann (Eds.), *Parenthood: A psychodynamic perspective* (pp. 33-49). New York: Guilford.

Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49, 13-24.

Coleman, P. K. & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.

Coleman, R. E. & Miller, A. G. (1975). The relationship between depression and marital maladjustment in a clinic population: A multitrait-multimethod study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 647-651.

Cowan, C. P. & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Coyne, J. C., Thompson, R. & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflicts, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology*, 16, 26-37.

Coyne, J. C. & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118(3), 358-378.

Coyne, J. C., Ellard, J. H., & Smith, D. A. F. (1990). Social support, interdependence, and the dilemmas of helping. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 129-149). New York: Wiley.

Coyne, J. C., Aldwin, C. & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 493-497.

- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Cranford, A. (2004). Stress-buffering or stress-exacerbation? Social support and social undermining as moderators of the relationship between perceived stress and depressive symptoms among married people. *Personal Relationships*, 11, 23-40.
- Crnic, K. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 5) (S. 243-267). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cronkite, J. C., Moos, R. H., Twohey, J., Cohen, C. & Swindle, R. (1998). Life circumstances and personal resources as predictors of the ten-year course of depression. *American Journal of Community Psychology*, 26, 255-280.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C. & Papp, L. M. (2004). Everyday marital conflict and child aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 191-202.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 31-63.
- Cunningham, C. E., Benness, B. B. & Siegel, L. S. (1988). Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 169-177.
- Cutrona, C. E. & Russel, D. W. (1990). Types of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In I. G. Sarason, B. R. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). New York: Wiley.
- Dadds, M. R., Schwartz, S. & Sanders, M. R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.
- De Jong-Meyer, R. (2005). Psychologische Faktoren: Stress und Coping. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie – Psychotherapie* (3. Aufl.). Bern: Huber.

Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Town-son: Clinical psychometric research.

Dittmann, W. & Klatte-Reiber, M. (1993). Zur veränderten Lebenssituation von Familien nach der Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom. *Frühförderung interdisziplinär*, 12, 165-175.

Döpfner, M. (2002). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klini-schen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (5. Aufl.) (S. 151-186). Göttingen: Hogrefe.

Döpfner M., Frölich J. & Lehmkuhl G. (2000). *Hyperkinetische Störung: Leitfaden Kinder-und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (1997). *Das Therapieprogramm für Kinder mit hy-perkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*. Weinheim: Psychologie Ver-lags Union.

Dumas, J. E., Wolf, L. C., Fisman, S. N. & Culligan, A. (1991). Parenting stress, child beha-vior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorder, and normal development. *Exceptionality*, 2, 97-110.

DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L. & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in behavioral, social, and school func-tioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515.

El-Giamal, M. (1999). *Wenn ein Paar zur Familie wird: Alltag, Belastungen und Belastungs-bewältigung beim ersten Kind*. Bern: Huber.

Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Stuart, M. S., Collins, J. F., Glass, D. R., Pil-konis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. & Parloff, M. B. (1989). National in-stitute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.

Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M. P., Weaver, A., Spencer, T. J., Wilens, T. E., Frazier, J., Cleves, M. & Sakai, J. (1999). Dopamine D-sub-4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 768-770.

Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 173-195.

Felsten, G. (2002). Minor stressors and depressed mood: Reactivity is more strongly correlated than total stress. *Stress and Health*, 18, 75-81.

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.

Fidler D. J., Hodapp R. M. & Dyksen, E. M. (2000). Stress in families of young children with Down syndrome, Williams syndrome, and Smith-Magenis syndrome. *Early Education and Development*, 11(4), 395-406.

Fiedler, P., Backenstraß, M., Kronmüller, K.-T. & Mundt, Ch. (1998). „Expressed Emotion“ (EE), Ehequalität und das Rückfallrisiko depressiver Patienten. *Nervenarzt*, 69, 600-608.

Fillip, S.-H. & Aymanns, P. (1987). Die Bedeutung sozialer und personaler Ressourcen in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 16(2), 383-396.

Fincham, F. D., Grych, J. H. & Osborne, L. N. (1994). Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology*, 8, 128-140.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Franke, G. H. (2002). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R*. Göttingen: Beltz.

Gabriel, B. & Bodenmann, G. (2006). Stress, individuelles und dyadisches Coping bei Paaren mit einem verhaltensauffälligen Kind. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 59-64.

Gabriel, B., Zeender, N. & Bodenmann, G. (2006). Stress und Coping bei Eltern von Kindern mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, Down-Syndrom und angemessener Entwicklung: Welche Rolle spielt das dyadische Coping? *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(4), 315-327.

Gabriel, B. (2002). *Stress, Partnerschaftszufriedenheit und Erziehungsverhalten bei Eltern mit einem hyperkinetischen Kind*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit: Universität Fribourg.

Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128(4), 539-579.

Gordis, E. B., Margolin, G. & John, R. S. (2001). Parents' hostility in dyadic marital and triadic family settings and children's behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 727-734.

Gotlib, I. H. & Hammen, C. L. (2002). *Handbook of Depression*. New York: Guilford.

Gotlib, I. H. & Whiffen, V. E. (1989). Depression and marital functioning: An examination of specificity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 23-30.

Gottman, J. M., Levenson, R. W., Swanson, C., Swanson, K., Tyson, R. & Yoshimoto, D. (2003). Observing gay, lesbian and heterosexual couple's relationships: Mathematical modeling of conflict interaction. *Journal of Homosexuality*, 45(1), 65-91.

Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale NJ: Erlbaum.

Grych, J. H. & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.

Hahlweg, K. (1996). Interaktionelle Aspekte psychischer Störungen. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Klinische Psychologie: Psychische Störungen und ihre Behandlung. Enzyklopädie der Psychologie (Band 1)* (S. 585-648). Göttingen: Hogrefe.

Hahlweg, K. (1996a). Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (PFB). Göttingen: Hogrefe.

Hahlweg, K. (1995). Einfluss interpersoneller Faktoren auf Verlauf und Therapie psychischer und somatischer Erkrankungen. *Verhaltenstherapie*, 5, 1-8.

Hautzinger, M. (2005). Depressionen. In: F. Petermann, und H. Reinecker, (Hrsgs.). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 449-462). Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (6. Aufl.). Berlin: Beltz.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch*. Bern: Huber.

Hautzinger, M., De Jong-Meyer, R., Treiber, R., Rudolf, G. A. E. & Thien, U. (1996). Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25(2), 130-145.

Hautzinger, M., Linden, M. & Hoffmann, N. (1984). Ein Categoriesystem zur Analyse verbaler Interaktionen von Paaren mit einem depressiven Partner. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 32(2), 159-168.

Hautzinger, M., Linden, M. & Hoffmann, N. (1982). Distressed couples with and without a depressed partner: An analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13(4), 307-314.

Hawley, D. R. & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), 283-298.

Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 93-98.

Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Braehler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47(1), 27-39.

Hobfoll, S. E. & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multi-axiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S. E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping* (S.11-26). Göttingen: Hogrefe.

Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture and community*. New York: Plenum press.

Holahan, C. J., Moos, R. H. & Bonin, A. B. (1999). Social context and depression: An integrative stress and coping framework. In: T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression*. (pp. 39-63). Washington: American Psychological Association.

Hooley, J. M. & Teasdale, J. B. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235.

Hooley, J. M. & Hahlweg, K. (1986). The marriages and interaction patterns of depressed patients and their spouses: Comparing high and low EE dyads. In M. J. Goldstein, I. Hand & K. Hahlweg (Eds.), *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention* (pp. 85-96). Berlin: Springer.

Horesh, N. & Fennig, S. (2000). Perception of spouses and relationships: A matched control study of patients with severe affective disorder in remission and their spouses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(7), 463-466.

Howes, P. & Markman, H. J. (1989). Marital quality and child functioning: A longitudinal investigation. *Child Development*, Vol. 60(5), 1044-1051.

Hughes, F. M., Gordon, K. C. & Gaertner L. (2004). Predicting spouses' perceptions of their parenting alliance. *Journal of Marriage and Family*, 66, 506-514.

Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11(4), 201-211.

Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.

Jarvis, P. & Creasey, G. L. (1991). Parental stress, coping, and attachment in families with an 18-month-old infant. *Infant Behavior and Development*, 14(4), 383-395.

Jacob, T. & Leonard, K. (1992). Sequential analysis of marital interactions involving alcoholic, depressed, and nondistressed men. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 647-656.

Johnson, S. L. & Jacob, T. (1997). Marital interactions of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 15-23.

Joiner, T. E., Brown, J. S. & Kistner, J. (2006). *The interpersonal, cognitive, and social nature of depression*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum.

Joiner, T. E. & Coyne, J. C. (Eds.). (1999). *The interactional nature of depression*. Washington: American Psychological Association.

Johnston, C. & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.

Johnson, S. L. & Jacobi, T. (2000). Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 4-12.

Johnson, S. L., Hayes, A. M., Field, T. M., Schneiderman, N. & McCabe P. M. (2000). *Stress, coping and depression*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of non-problem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 85-102.

Johnston, C. & Mash E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 37-52.

Joiner, T. E. & Metalsky, G. I. (1995). A prospective Test of an integrative interpersonal theory of depression: A naturalistic study of college roommates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 778-788.

Jouriles, E. N., Murphy, C. M., Farris, A. M., Smith, D. A., Richters, J. E. & Waters, E. (1991). Marital adjustment, parental disagreements about child rearing, and behavior problems in boys: Increasing the specificity of the marital assessment. *Child Development*, 62, 1424-1433.

Katz, L. F. & Gottman, J. M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 29, 940-950.

Kenny, D. A. & Cook, W. (1999). Partner effects in relationship research: Conceptual issues, analytic difficulties, and illustrations. *Personal Relationships*, 6, 433-448.

Kerr, S. M. & McIntosh, J. B. (1999). Coping when a child has a disability: Exploring the impact of parent-to-parent support. *Child: Care, health and development*, 26(4), 309-321.

Kitzmann, K. M. (2000). Effects on marital conflict on subsequent triadic family interactions and parenting. *Developmental Psychology*, 36, 3-13.

Klerman, G. L. & Weissman, M. M. (Eds.). (1993). *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric.

Klerman, G. L., Weissman, M. M. & Rounsaville, B. J. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

Kohlmann, C.-W. (1997). Stressbewältigung, Ressourcen und Persönlichkeit. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 74-92). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Krantz, S. E. & Moos, R. H. (1988). Risk factors at intake predict nonremission among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 863-869.

Krishnakumar, A. & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behavior. A meta-analytic review. *Family Relations*, 49, 25-44.

Kuiper, N. A. & Olinger, L. J. (1989). Stress and cognitive vulnerability for depression: A self-worth contingency model. In R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 367-391). New York: Wiley.

Kuntsi, J. & Stevenson, J. (2000). Hyperactivity in children: A focus on genetic research and psychological theories. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 1-24.

Lai, A. C. & Salili, F. (1997). Parental stress, coping styles, and social supports in Chinese families with Hepatitis-B-carrying children. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 16(1), 65-82.

Laux, G. (2000). Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störung. In: Möller, H. J., Laus, G. & Kapfhammer, H. P. (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 1104-1150). Berlin: Springer.

Laux, L. & Schütz, A. (1996). *Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Ledermann, T. & Bodenmann, G. (2006). Moderator- und Mediatoreffekte bei dyadischen Daten. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37(1), 27-40.
- Lee, I., Lee, E-O., Kim, H. S., Park, Y. S., Song, M. & Park, Y. H. (2004). Concept development of family resilience: A study of Korean families with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 636-645.
- Leppin, A. (1997). Stresseinschätzung, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen? In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 74-92). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lessenberry, B. M. & Rehfeldt, R. A. (2004). Evaluating stress levels of parents of children with disabilities. *Council for Exceptional Children*, 70(2), 231-244.
- Lewinsohn, P. M. (1974). Clinical and theoretical aspects of depression. In K. S. Calhoun, H. E. Adams & K. M. Mitchell (eds.), *Innovative methods in psychopathology* (pp. 63-120). New York: Wiley.
- Lukesch, H., Perez, M. & Schneewind, K. A. (Hrsg.). (1980). *Familiäre Sozialisation und Intervention*. Bern: Huber.
- Margolin, G., Gordis, E. B. & John R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two parent families. *Journal of Family Psychology*, 15, 3-21.
- Mash, E. J. & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 313-324.

McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaption. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.

McHale, J. P., Lauretti, A., Talbot, J. & Pouquette, C. (2002). Retrospect and prospect in the psychological study of coparenting and family group process. In J. P. McHale & W. S. Grolnick (Eds.), *Retrospect and prospect in the psychological study of families* (pp. 127-165). Mahwah, NJ: Erlbaum.

McLean, P. (1981). Remediation of skills and performance deficits in depression. Clinical steps and research findings. In J. F. Clarkin & H. I. Glazer (Eds.), *Depression. Behavioral and directive intervention strategies* (pp. 179-204). New York: Garland.

Miller, Y. (2001). *Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugung der Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen*. Dissertation: Technische Universität Braunschweig.

Monroe, S. M. & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.

Monroe, M. S., Connell, M. M., Bromet, E. J. & Steiner, S. C. (1986). Social support, life events and depressive symptoms: A 1-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 424-431.

Moos, R. H., Cronkite, R. C. & Moos, B. S. (1998). The long-term interplay between family and extrafamily resources and depression. *Journal of Family Psychology*, 12, 326-343.

Morgan, J., Robinson, D. & Aldrige, J. (2002). Parenting stress and externalizing child behavior. *Child and Family Social Work*, 7, 219-225.

Murphy, K. R. & Barkley, R. A. (1996). Parents of children with attention deficit/hyperactivity disorders: Psychological and attentional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 93-103.

Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1498-1504.

Newcomb, M. D. (1990). What structural equation modeling can tell us about social support? In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support an interactional view* (pp. 26-63). New York: Wiley.

Noh, S., Dumas, J. E., Wolf, L. C. & Fisman, S. N. (1989). Delineating sources of stress in parents of exceptional children. *Family Relations*, 38, 456-461.

Oswald, S. (2000). Identitätsveränderungen im Zuge des Übergangs zur Elternschaft. In H. Werneck & S. Werneck-Rohrer (Hrsg.), *Psychologie der Familie: Theorien, Konzepte, Anwendungen* (S. 246-254). Wien: Universitätsverlag.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.

Parker, G., Brown, L. & Blignault, I. (1986). Coping behaviors as predictors of the course of clinical depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 561-565.

Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: III. Coercive family process*. Eugene: Castalia.

Patterson, G. R. & Reid, J. B. (1970). Reciprocity and coercion: Two facets of social systems. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 133-177). New York: Appleton-Century-Crofts.

Pelham, W. E. & Lang, A. R. (1999). Can your children drive you to drink?: Stress and parenting in adults interacting with children with ADHD. *Alcohol Research and Health*, 23(4), 292-298.

Perrez, M., & Baumann, U. (2005). *Klinische Psychologie – Psychotherapie* (3. Aufl.). Bern: Huber.

Perrez, M., Laireiter, A.-R. & Baumann, U. (2005). Psychologische Faktoren: Stress und Coping. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie – Psychotherapie* (3. Aufl.). Bern: Huber.

Perrez, M. (2000). Psychologie des Familien- und Paarstress: Forschungsentwicklung. In K. A. Schneewind (Hrsg.), *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläger zwischen Forschung und Praxis*. (S. 69-88). Göttingen: Hogrefe.

Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). Stress, coping and health: A situation-behavior approach: theory, methods application. Bern: Huber.

Perrez, M. & Reicherts, M. (1987). Behavior and cognition analysis of coping with stress by depressed persons. A criterion- and process-oriented measurement approach. In W. Huber (Ed.), *Progress in psychotherapy research* (pp. 115-132). Louvain-la-Neuve: Presses Universitaires de Louvain.

Petermann, F. & Petermann, U. (2005). *Training mit aggressiven Kindern* (11. Auflage). Weinheim: Beltz.

Petermann, F. und Reinecker, H. (2005). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M. H. (2001). *Aggressiv-dissoziale Störungen* (2.Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Petzold, M. (1999). Der Übergang zur Elternschaft: Krise oder Chance? In W. E. Fthenakis & M. R. Textor (Hrsg.), *Das Online-Familienhandbuch*. Zugriff am 30. Juni 2004 auf http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Familienforschung/s_850.html.

Peuckert, R. (2004). *Familienformen in sozialen Wandel*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Podolski, C. L. & Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 503-513.

Quittner, A. L., Glueckauf, R. L. & Jackson, D. N. (1990). Chronic parenting stress: Moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1266-1278.

Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Child Psychology Review*, 17, 47-67.

Reich, G. (2003). Depression und Paarbeziehung. *Psychotherapeut*, 48, 2-14.

Reichle, B. & Werneck, H. (1999). *Übergang zur Elternschaft: Aktuelle Studie zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses*. Stuttgart: Enke.

Repetti, R. L. & Wood, J. (1997). Effects of daily stress at work on mother's interactions with preschoolers. *Journal of Family Psychology*, 11, 90-108.

Rimmerman, A. & Duvdevani, I. (1996). Parents of children and adolescents with severe mental retardation: Stress, family resources, normalization, and their application for out-of-home placement. *Research in Developmental Disabilities*, 17(6), 487-494.

Roach, M. A., Orsmond, G. I. & Barratt, M. S. (1999). Mothers and fathers of children with Down syndrome: Parental stress and involvement in childcare. *American Journal on Mental Retardation*, 104(5), 422-436.

Rodrigue, J. R., Morgan, S. B. & Geffken, G. R. (1992). Psychosocial adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(2), 249-263.

Rohde, P., Tilson, M., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 499-511.

- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Beltz.
- Rose, H. K., (1999). Klassifikation, Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese affektiver Syndrome. In: W. Machleidt, M. Bauer, F. Lamprecht, C. Rohde-Dachser & H. K. Rose (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Saile, H. & Gsottschneider, A. (1995). Hyperaktives Verhalten von Kindern im familiären Kontext: Zum Stellenwert von mütterlicher Erziehung, Partnerschaftsqualität und Funktionsfähigkeit der Familie. *Psychologischer Erziehungsunterricht*, 42, 206-220.
- Sander, J. & Böcker, S. (1993). Die deutsche Form der Relationship Assessment Scale (RAS): Eine kurze Skala zur Messung der Zufriedenheit in einer Partnerschaft. *Diagnostica*, 39(1), 55-62.
- Sanders, J. L. & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy*, 19(4), 15-32.
- Sass, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Scahill, L., Schwab-Stone, M., Merikangas, K. R., Leckman, J. R., Zhang, H. & Kasl, S. (1999). Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 728-732.
- Schmaling, K. B. & Jacobson, N. S. (1990). Marital interaction and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 229-236.
- Schneewind, K. A. (1999). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schramm, E., van Calker, D. & Berger, M. (2004). Wirksamkeit und Wirkfaktoren der interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressionsbehandlung – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54(2), 65-72.

Schramm, E. (1998). *Interpersonelle Psychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Schröder, E. E. & Schwarzer, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 74-92). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Metaanalyse*. Göttingen: Hogrefe.

Scorgie, K., Wilgosh, L. & McDonald, L. (1998). Stress and coping in families of children with disabilities: An examination of recent literature. *Developmental Disabilities Bulletin*, 26(1), 22-42.

Shapiro, A. F., Gottman, J. M. & Carrer, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 59-70.

Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Morrhouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. & Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive, impulsive, inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 475-494.

Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica*, 37(2), 160-178.

Steinhausen, H. C., Metzke, C. W., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zurich epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 262 – 271.

Steinhausen, H.-C., Metzke, C. W. & Kannenberg, R. (1996). *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Zürcher Ergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Zürich: Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche.

Stormshak, E. A., Bierman, K. L., McMahon, R. J. & Lengua L. J. (2000). Parenting practices and child behavior problems in elementary school. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 17-29.

Sullivan, A. (2002). Gender differences in coping strategies of parents of children with Down syndrome. *Down syndrome Research and Practice*, 8(2), 67-73.

Thoits, P. A. (1991). Gender differences in coping with emotional distress. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping* (pp.107-131). New York: Plenum.

Twenge, J. M., Campbell, W. K. & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574-583.

Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health. Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.

Van Bakel, H. J. A. & Risken-Walraven, J. M. (2002). Parenting and development of one-year-olds: Links with parental, contextual, and child characteristics. *Child Development*, 73(1), 256-273.

Vitanza, S. A. & Guarnaccia, C. A. (1999). A model of psychological distress for mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 8(1), 27-45.

Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.

Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 302-312.

Weissman, M. M., Markowitz, J. C. & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.

Wheaton, B. (1997). *Chronic stress*. New York: Springer.

Wittchen, H. U., Zaudig, M., Schramm, E., Spengler, P., Mombour, W., Klug, J. & Horn, R. (1990). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID)*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Diagnostic criteria for research*. Genf: World Health Organization.

Zech, A. (2000). Familiäre Sozialisation. In H. Wernecke & S. Wernecke-Rohrer, *Psychologie der Familie: Theorien, Konzepte und Anwendungen* (S. 49-54). Wien: Universitätsverlag.

Zimet, D. M. & Jacob, T. (2001). Influences of marital conflict on child adjustment: Review of theory and research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 319-335.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich meine Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst habe, und sie noch keiner anderen Fakultät vorgelegt habe.

Athens, 28. Juni 2007

Barbara Gabriel: _____